

Ann-Katrin Bender

Budgetering i ett specialsjukvårdsdistrikt

- En undersökning om institutionaliseringen av kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna

Ann-Katrin Bender, 32795

Pro gradu-avhandling i redovisning

Handledare: Jean-Claude Mutiganda

Fakulteten för samhällsvetenskaper och ekonomi

Åbo Akademi

2019

ÅBO AKADEMI – FAKULTETEN FÖR SAMHÄLLSVETENSKAPER OCH
EKONOMI

Abstrakt för avhandling pro gradu

Ämne: Redovisning	
Författare: Ann-Katrin Bender	
Arbetets titel: Budgetering i ett specialistsjukvårdsdistrikt, en undersökning om institutionaliseringen av kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna.	
Handledare: Jean-Claude Mutiganda	
<p>Abstrakt:</p> <p>Pro gradu-avhandlingen handlar om en förändring i kostnadsfördelningen gällande den prehospitla akutsjukvården i ett specialistsjukvårdsdistrikt i Finland. Sjukvårdsdistrikten finansieras av medlemskommuner och det finns ett inneboende ekonomiskt beroende mellan organisationen och dess ägare, kommunerna. Budgetering används bland annat för att säkra organisationers framförhållning, ansvarstagande och förståelse för verksamheten samt organisationers riktning. Underlag för budgeteringen ges av organisationens ekonomistyrning. Budgetering i den offentliga sektorn och särskilt i ett sjukvårdsdistrikt har kontextuella särdrag. Likaså medför bland annat den starka professionalismen i sektorn och offentliga sektorns demokratiska principer utmaningar ur ett styrningsperspektiv, det är svårt att påverka resursanvändningen i sjukvården.</p> <p>Avhandlingens syfte är att med stöd av institutionell teori tolka en förändring i ekonomistyrningen gällande kostnadsfördelning mellan medlemskommuner i ett sjukvårdsdistrikt. Undersökningen har formen av en fallstudie. Genom dokumentanalys och djupgående samt kortare intervjuer med politiker och tjänstemän strävar avhandlingen till att besvara frågan om vilka processer som föregick institutionaliseringen av kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna.</p> <p>Undersökningens resultat är kontextuellt i linje med tidigare forskning gällande budgetering i ett sjukvårdsdistrikt. Sju processer identifieras i aktörernas ageranden som ledde till att förändringen institutionaliseras. Efter att en av medlemskommunerna yttrat ett krav om förändring uppkom ett förändringsmotstånd i organisationen. En kompromiss skapades av den högsta ledningen och således blev förändringen institutionaliserad efter ett fullmäktigebeslut, baserat på ett förslag av en tjänsteman. Forskningsresultatet sammanstämmer med tidigare forskning om tjänstemäns ökade makt i komplexa organisationer. De demokratiska organens reella styrningsmöjligheter verkar vara begränsade. Fördelningsmekanismerna verkar ha blivit låsta på grund av de starka beroendeförhållandena i organisationen och kraven på att kommuners ekonomi ska vara i balans.</p>	
Nyckelord: Budgetering, sjukvårdsdistrikt, förändring i ekonomistyrningen, kommuners ägarstyrning.	
Datum: 14.1.2019	Sidoantal: 62
Abstraktet godkänt som mognadsprov:	

Förkortningar

HUS Helsingfors och Nylands Sjukvårdsdistrikt

VNS Västra Nylands Sjukvårdsdistrikt

DRG Diagnosrelaterade grupper

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1. Problemområde	3
1.2. Syfte och forskningsfråga	4
1.3. Metod och avgränsningar	5
1.4. Fortsatt disposition	5
2. Budgetering- mervärde och utmaningar.....	7
2.1. Förändringar i finansieringen av specialsjukvården i Finland	11
2.1.1. Kommuners ägarstyrning	13
2.2. Teoretiskt ramverk	19
3. Metodik	22
3.1. Val av forskningsmetod	22
3.2. Forskningsprocessen och upplägg	24
3.3. Data-analys.....	27
4. Resultat.....	29
4.1. HUS:s budget och fördelning av kostnader mellan medlemskommunerna	33
4.2. HUS:s budgeterings- och beslutsprocess	35
5. Diskussion.....	44
5.1. Processen bakom institutionaliseringen	45
5.2. Evolutionär eller revolutionär förändring	52
5.3. Progressiv eller regressiv förändring	53
6. Avslutning.....	54
Källor.....	57
Bilaga 1: Intervjuguide, fördjupad intervju.....	60
Bilaga 2: Intervjuguide, kortare intervjuer med politiker och tjänstemän	62

1. Inledning

Budgetering och dess för- och nackdelar har forskats om i stor utsträckning och ur flera perspektiv. Budgeteringsprocessen, syftet med budgetering och budgetens olika förväntade funktioner har bland annat behandlats i texter av Drury (2015), Kullvén (2009), Neely m.fl (2003). Bland andra Hyvönen och Järvinen (2006), Pettersen (1995), och Covaleski m.fl. (1993) har funnit särdrag i budgeteringen i ett specialistsjukvårdsdistrikt. Liksom i andra organisationer är budgeteringen en kontinuerlig process vars syfte är att skapa framförhållning, ansvarstagande och förståelse (Kullvén, 2009, s. 25), men kontexten är säregen.

Specialsjukvårdsdistrikt är samkommuner till sin form och med organisationskulturen följer den formaliserade styrningen, värderingar och ideal från den offentliga sektorn. Medlemskapet i ett specialistsjukvårdsdistrikt är lagstadgat och i samkommunens grundavtal framkommer det överförda organiseringsansvaret. Finansieringsansvaret kvarstår hos medlemskommunerna. (Kommunallag 410/2015, § 8)

Vakkuri och Virtanen (2016, s. 13) illustrerar ekonomin i den offentliga sektorn som att på olika sätt möta medborgarnas behov med begränsade resurser. För att förstå verksamhetsmekanismerna inom den offentliga sektorn måste man ofta tänka bredare och mer mångsidigt än i andra sammanhang, menar de. Pekola (1992, s. 2) konstaterar att det finns en allmän uppfattning om att privata organisationer uppnår en högre grad av produktivitet och effektivitet än offentliga organisationer. Forskaren menar att detta har sin grund i skillnader i målsättningar (privata sektorns vinstmaximerande och offentliga sektorns välfärdsskapande målsättningar) och rörelseutrymme; handlingskapaciteten och tidsperspektivet är ett annat för organisationer i det privata än i det offentliga, som ska hålla sig inom de ramar som demokratins principer ställer upp.

Pettersen (1995, s. 208) framhåller att den viktigaste faktorn för styrning av sjukhus i Västeuropa är att serviceproduktionen inte är beroende av efterfrågan utan av statlig finansiering. Det här leder enligt Pettersen till att budgeteringen är ett av det viktigaste instrumentet för politisk styrning av sjukhusen. Forskning har visat att styrning genom budgetering inom hälsovården är utmanade. Bland annat Pettersen (1995) och Covaleski m.fl (1993) har funnit att det finns en frikoppling mellan budget och verksamhet och de lyfter fram den starka professionalismen i sektorn. Pettersen (1995, s. 210) illustrerar den starka

professionalismen inom sektorn med att konstatera att endast en kirurg kan utvärdera en annan kirurgs arbete.

Det sedan en längre tid existerande trycket på ökad produktivitet och den senaste diskussionen om hållbarhetsunderskott i offentliga sektorn (Vakkuri och Virtanen, 2016, s. 119), har enligt Newman (2001, s. 12) lett till införandet av nya mekanismer för finansiering och styrning av ekonomisk aktivitet i sektorn. I specialistsjukvården har det skett stora förändringar gällande finansiering och kontroll sedan 1990-talet. Hyvönen och Järvinen (2006, s. 5) presenterar att tidigare forskning i redovisning bland annat behandlat frågan om ägarskap (statligt mot en mindre gemenskap) och oron över vilka följder en allt starkare kostnadsmedvetenhet inom sektorn kan få.

Budgeteringen mellan en medlemskommun och ett specialistsjukvårdsdistrikt har en tydlig koppling, medlemskommunerna står för en stor del samkommunens intäkter i form av en fastslagen betalningsandel samt betalning i enlighet med andel. I medlemskommunen syns detta som en kostnad. Produktionen av såväl specialistsjukvård och primärsjukvård tävlar således om samma resurser. Kullén (2009, s. 47-48) menar att den goda dialogen i budgeteringen blir särskilt viktig då graden av samordning är hög. Hornstein och Zhao (2011, s. 1135) konstaterar att alla delar och aktörer i en organisation är beroende av varandra och att anpassning till varandra och de resurser som finns ger det bästa slutresultatet för helheten och skapar en god framförhållning.

Hyvönen och Järvinen (2006) har undersökt en förändring i ett specialistsjukvårdsdistrikts ekonomistyrning. De baserar undersökningen på Burns och Scapens (2000) ramverk om institutionell teori som utgår från organisationens rutiner och hur dessa institutionaliseras, särskilt förändring i rutinerna och reglerna. Ekonomistyrningen kan enligt dem både forma och formas av institutionerna som styr verksamheten i en organisation. Covaleski m.fl. (1993, s. 66) betonar att institutionalisering som en process är politisk och reflekterar maktförhållanden mellan de organiserade intressena och aktörerna som mobiliserar processen. Johanson och Skoog (2015, s. 20) menar att ekonomistyrningen kan vara institutionaliserad såväl på organisatorisk nivå och på grupp- och individnivå, detta på grund av etableringen av olika former av vanor och ritualer.

Kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna, det vill säga ansvaret för specialistsjukvårdsdistriktets intäkter, fastställs av samkommunens fullmäktige i samband med beslut om budget. Fullmäktige fastställer också principerna för prissättningen och

produktifieringen. Raftery m.fl. (1996, s. 353) konstaterar att det i den uppkomna kvasi-marknaden i sektorn är avgörande att det finns kontrakt mellan beställaren och utföraren. Förutom att kontrakten fungerar som verktyg för att dela risken fungerar de som ett transparent styrverktyg. I en finländsk kontext handlar det om förhandlingar om produktivitetsmål och organiseringsansvarets omfattning mellan medlemskommunerna och specialsjukvårdsdistrikten. Förhandlingarna utmynnar i besked om det kommande årets belopp och förskottsbetalningarnas storlek. (Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikts budget 2018)

1.1. Problemområde

Kontexten för denna undersökning är ett sjukvårdsdistrikt, en samkommun. Hyvönen och Järvinen (2006) sammanfattar i sin artikel de utmaningar och fenomen som hör till budgetprocesserna i dylika. De lyfter fram partiskheten i budgeteringen i medlemskommunerna och sjukvårdsdistriktet, frikopplingen mellan budget och verklighet, den starka professionalismen och att den traditionella formen av budgetering med budgetramar ännu är starkt förekommande trots införandet av nya former av budgetering. Forskning om förändringar i finansieringen och förvaltningen av den offentliga sektorn i Finland och globalt visar att särskilt hälsovårdssektorn är svår att förändra och styra med marknadsorienterade mekanismer. (Hyvönen och Järvinen, 2006, s. 5)

Vakkuri och Virtanen (2016, s. 111) lyfter fram att en stor del av den offentliga servicen inte prissätts med marknadsmässiga priser, att de är gratis för användarna eller att det rör det sig om en symbolisk avgift, till exempel om det för servicen finns en lagstadgad taxa. De noterar att det inte finns ett tätt samband mellan pengar och den verkliga processen i den offentliga sektorn. (Vakkuri och Virtanen 2016, s. 109) Frikopplingen mellan verklighet och budget och de återkommande tilläggsbudgeterna på grund av partiskhet i budgeteringen som ett flertal forskare lyfter fram, gör budgeteringen till ritualer med svag koppling till organisationernas övriga verksamhet. (Pettersen, 1995, s. 217)

Beslutsfattandet i den offentliga sektorn är hierarkiskt och formbundet men forskning har visat att en förändring har skett under de senaste årtiondena och att styrning baserar sig mer än tidigare på samverkan i nätverk och på personliga kontakter (bland andra Newman; 2001, Montin; 2000). Den allt mer mångfasetterade verksamheten har lett till ett starkare expertstyre

där tjänstemännen är i en avgörande ställning för beslutsfattandet (bland andra Rethemeyer och Hatmaker, 2008). Den institutionella teorin har ursprung i teoribildning om sociala strukturer och agentteori enligt Burns och Scapens (2000, s. 4). Ramverket beaktar rutiner, vanor och ritualer som aktörer agerar enligt i organisationer samt hur dessa bidrar till institutionaliseringen.

Avhandlingen analyserar hur fördelningen av specialsjukvårdens kostnader mellan medlemskommunerna förhandlas om av aktörer involverade i budgeteringsskedet i ett specialsjukvårdsdistrikt. Specialsjukvårdsdistriktet har en särskild organisationskultur och förhandlingarna skapar processer där aktörer agerar enligt och återskapar regler och rutiner som finns i verksamhetsstyrningen av specialsjukvården. Institutionen består i avhandlingens kontext av de sätt kostnaderna fördelas mellan medlemskommunerna gällande den prehospitalkostnaden.

Fördelningen tar sig uttryck i enskilda tjänsters faktureringsgrunder och ett tryck på effektivisering och sänkta kostnader för medlemskommunerna. I budgeteringsprocessen syns detta i medlemskommunernas budgeteringsarbete och påverkan gentemot Helsingfors och Nylands Sjukvårdsdistrikt, HUS. Medlemskommunerna kan i budgetuppställningsprocessen sträva till att styra samkommunens arbete med avsikt att förändra eller hålla stabil den egna kostnaden. På motsvarande vis kan aktörer inom specialsjukvårdens agera med avsikt att bibehålla eller utveckla verksamheten. Aktörernas agerande i budgeteringsskedet återskapar de av bland andra Hyvönen och Järvinen (2006), Seo och Creed (2002) och Pettersen (1995), noterade fenomenen i sektorn.

1.2. Syfte och forskningsfråga

Syftet med avhandlingen är att med stöd av institutionell teori tolka en förändring i ekonomistyrningen gällande kostnadsfördelning mellan medlemskommuner i ett sjukvårdsdistrikt.

Styrningen som föranledde beslutet till förändring i ekonomistyrningen skedde i samband med budgeteringen för följande verksamhetsår. Styrningen innefattade både formell (baserad på lagstiftning, beslutad policy eller utvecklad praxis) och informell (saknar skriven norm)

styrning enligt Johansons och Skoogs (2016, s. 64-65) definition. Forskarna menar att det finns en poäng i att synliggöra och medvetandegöra vad som är centralt i styrningen av en viss organisation, det skapar större utrymme för förståelse för de beslut som ledningen fattar.

Avhandlingen strävar till att svara på följande forskningsfråga: Vilka processer skapade förhandlingen mellan medlemskommunen och specialistsjukvårdsdistriktet gällande implementeringen av kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna för den prehospitalkakutsjukvården i HUS:s budget för år 2015?

Avhandlingens forskningsfråga och syfte bygger vidare på tidigare forskning om budgetering och ägarskap inom sjukvårdssektorn. Eftersom undersökningen fokuserar på en särskild del av verksamheten, ambulansverksamheten och dess kostnadsfördelning, kan den bidra till att ge en fördjupad bild av budgetering och kostnadsfördelning för en särskild enhet i ett specialistsjukvårdsdistrikt. Forskningsfrågans fokus på förhandling ger en möjlighet att belysa en kommunal minoritetsägares ägarstyrning i ett lagstadgat samkommunalt organ. Undersökningen kan förhoppningsvis bidra till kunskapen om hur ekonomistyrningen och budgeteringen i sjukvårdsdistrikten förverkligas och belysa de utmaningar som finns i att kontrollera de egna kostnaderna från en medlemskommuns perspektiv.

1.3. Metod och avgränsningar

Jag kommer att använda mig av Burns och Scapens (2000) ramverk för att analysera förändring i ekonomistyrningen i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Undersökningen är en fallstudie som bygger på institutionell teoribildning. Undersökningen är uppbyggd enligt samma modell som Hyvönen och Järvinen (2006) använder för att analysera förändringen i ekonomistyrning som kontraktbaserad budgetering medförde i sjukvårdsdistrikten efter lagförändringarna på 1990-talet.

Fallstudien bygger på tre delar: en dokumentanalys, längre intervjuer med en controller och en förvaltningsdirektör vid HUS och tio kortare intervjuer. Dokumentanalysen omfattar styrdokument som innehåller information om fallstudiens fokus (HUS budget och bokslut, styrelseprotokoll, medlemskommunens utlåtande). De längre intervjuerna har som syfte att ge en detaljerad och noggrann beskrivning av HUS budgetering och ekonomistyrning. De kortare

intervjuerna består av samtal med politiker och tjänstemän aktiva både inom HUS och medlemskommunen.

1.4. Fortsatt disposition

I följande kapitel behandlas budgeteringens olika syften och funktioner, utmaningar i budgeteringsskedet samt budgeteringsprocessen. Finansiering av specialistsjukvården och de förändringar som skett under de senaste årtiondena beskrivs och beslutsfattandet i ett specialistsjukvårdsdistrikt. Kapitlet avslutas med en översikt av det teoretiska ramverket som används i avhandlingen.

Kapitel 3 innehåller en motivering till val av metod, en presentation av undersökningens perspektiv och forskningsprocessen.

Kapitel 4 består av empirin, i kapitlet delges resultatet av dokumentanalysen och intervjuobjektens svar presenteras.

I kapitel 5 analyseras empirin i förhållande till teorin och en diskussion om resultaten förs.

Kapitel 6 innehåller en sammanfattande avslutning med förslag på fortsatta undersökningar inom ämnesområdet.

2. Budgetering- mervärde och utmaningar

Syftet med budgetering är enligt Kullvén (2009, s. 25) att styra verksamheten. Med hjälp av budgeten säkerställs framförhållning, ansvarstagande och förståelse för verksamheten samt organisationens riktning. Johanson och Skoog (2015, s. 6) definierar syftet med verksamhetsstyrning som ”att stimulera handlingar för utveckling, förbättring och förändring eller stabilitet om det är önskvärt”. De menar att styrning på kort sikt, ett år, kan bidra med underlag för verksamhetsplanering, budgetering och annat prognosarbete.

Drury (2015, s. 371–372) konstaterar att en budget ska fungera som ett verktyg för den detaljerade planeringen och dokumenteringen av den årliga verksamheten och koordinera organisationens olika sektioner och enheter. Forskaren jämför budgeten med ett harmoniseringsverktyg där helhetens bästa är i fokus. En budget är ett kommunikationsverktyg där organisationens prioriteringar och framtida planer kommuniceras till de olika nivåernas ledare och medarbetare. De dokumenterade målsättningarna i budgeten kan skapa motivation i organisationsmiljön och särskilt om processen för att fastställa målsättningar har varit inkluderande. Budgeten kan därtill, enligt Drury, användas till att kontrollera de aktiviteter som sker i organisationen och utvärdera enheternas samt ledarnas prestationer.

Kullvén (2009, s. 25) specificerar syftet genom att lyfta fram de funktioner som en budget förväntas inneha och stöda.

Framförhållning	Ansvar	Förståelse
Planering	Ansvarsfördelning	Kommunikation
Samordning	Uppföljning	Medvetenhet
Resursallokering	Incitament	Målsättning
Dimensionering		Motivation

Figur 1: Budgeteringens syften, Kullvén (2009, s. 25)

Kullvén (2009, s. 17) menar att budgeteringens huvudsakliga fokus bör vara effekt. En budget är alltid en plan och en uppskattning vilket gör att utfallens riktighet inte kan prioriteras. Snarare bör den effekt som processen får för organisationen vara i fokus. Interna aktörers beteenden och hur de tolkar det ansvar de tilldelas och vilka handlingar det medför är

beteendepåverkande faktorer som budgeteringen kan bidra med till organisationen. Ansvar kan styras genom kravformulering, belöningar och bestraffningar medan förståelse handlar om att möjliggöra och stöda aktörerna i deras prioriteringar, att veta vad som är viktigt. Dialog kan stöda förståelsen medan information och data kan vara tillräckliga för att säkerställa en tydlig ansvarsfördelning. Budgetering handlar om att skapa en ram inom vilken aktörerna kan agera och, med fördel relativt fritt, kan välja om (ansvar) och hur (förståelse) hen agerar. Orsak-verkan samband och transparens i resursanvändningen är fundamentala i beteendestyrningen, enligt Kullvén (2009, s. 17-22)

Både Drury och Kullvén placerar kommunikation (dialog) i en nyckelposition i diskussionen kring budgetens syfte och funktion. Informationsspridning och kommunikation kan också ha lönsamhetskonsekvenser. Hornstein och Zhao (2011, s. 1167) har undersökt budgeteringsbeslut gällande finansiering med utgångspunkt från mängden tillgänglig information i organisationen. De finner att informationsdelning och -spridning särskilt kan vara utmanande för stora företag som är geografiskt utspridda och att ett bättre internt informationsflöde (formellt eller informellt) korrelerar med bättre, mera effektiva, beslut. De sammanfattar sina resultat till att konstatera att informationen om begränsningar, risker och möjligheter bör finnas lättillgängligt för alla i organisationen för att dessa ska ha förutsättningar att budgetera på rätt grunder, att samordna mellan enheterna och skapa bästa möjliga lösningar.

Samuelson (1989, såsom citerad i Hyvönen och Järvinen, 2006, s. 9) menar att budgeteringen också kan ha passiva roller, varav en är att vara en sorts procedur. Den uttalade rollen kan stå i budgettexten och andra styrdokument medan den riktiga rollen kan vara rollen som budgeteringen spelar i organisationen, menar Samuelson. Budgeteringens svagheter och problem har undersökts av bland annat Neely m.fl. (2003) som i sin artikel identifierar tolv svagheter med budgetering. Forskarna delar in svagheterna i 3 kategorier baserat på hur de påverkar organisationen; kapaciteten i organisationen, affärsprocessen och företagets strategiska ledning. Nedan finns deras resultat presenterat.

Företagets strategiska ledning	Affärsprocessen	Kapacitet i organisationen
Budgeter fokuserar sällan på strategin och innehåller ofta motstridigheter	Budgeter tar mycket tid och resurser i budgeteringsskedet	Budgeter stärker det toppstyrda ledarskapet och kontrollen
Budgeter fokuserar på kostnadsminskning istället för värdeökning	Budgeter utvecklas och uppdateras för sällan, oftast årligen	Budgeter återspeglar inte de kommande nätverksstrukturerna som organisationen tar i bruk
Budgeter minskar ansvarstagande och flexibilitet, de är ofta ett hinder för förändring	Budgeter baserar sig på antaganden och gissningar som saknar grund	Budgeter stärker gränserna mellan enheterna istället för att motivera till kunskapsdelning
Budgeter ger lite värde, de tenderar att vara byråkratiska och motverka kreativt tänkande	Budgeter uppmuntrar till spel och dysfunktionellt beteende	Budgeter får människor att känna sig undervärderade

Figur 2: Budgeters svagheter enligt Neely m.fl (2003, s. 23)

Kullén (2009, s. 29) skriver också om de utmaningar som finns och menar att det finns en risk att budgeten blir en slentrianmässig ritual istället för ett aktivt verktyg. Pettersens (1995) artikel om sjukhusbudgeter i Norge behandlar den här problematiken. Forskaren finner en frikoppling mellan budget och verklighet och att de överenskomna kostnaderna återkommande är för lågt budgeterade. Pettersen (1995, s. 211) menar att verksamheten och systemen för beslutsfattande är frikopplade, vilket leder till att ritualerna och retoriken kring budgeten är den enda sammankopplande mekanismen mellan de professionella i sjukhuset och beslutsfattarna, andra mekanismer för styrning eller planering finns inte i bruk. Budgeten reflekterar externa normer i form av politiskt beslutsfattande medan retoriken och texterna i processen, argumenten och diskussionen, motsvarar normer och värderingar från klientens perspektiv. Denna frikoppling mellan beslut och handling gjorde att Pettersen fann att budgetens roll inte blev den styrande som den borde ha blivit.

Även Hyvönen och Järvinen (2006, s. 25) har i sin undersökning hittat tendenser till ritualer i budgeteringen. De menar att den kontraktbaserade budgeteringen i det sjukvårdsdistrikt som de undersökt blivit en regel och en form av ritual för de inblandade. Forskarna kunde dra slutsatsen att kommunerna utvecklat en yttre sfär av byråkrati som de använde för att hantera samkommuner och andra yttre organisationer. På det här viset kunde kommunerna lämna de

egna kärnfunktionerna relativt orörda av yttre press, trots att den förändrade finansieringsmodellen från staten innebar att den totala resursen för kommunens egna och samkommunens producerade verksamhet var mindre.

Kullén (2009, s. 30-32) menar att det i en organisation med många enheter finns en reell risk för suboptimering och att fokus skiftar från helhetens bästa till enhetens, vilket även kan skapa eller upprätthålla ett internt politiskt spel om resurser. Legitimeringen som budgeten erbjuder kan även leda till att enheter överdriver nyttan och behovet av resurser för den egna enheten. Slutligen kan budgetåret i sig skapa ett problem om det starkt kopplas till räkenskapsperioden och man i processen inte lyckas höja blicken över årsskiftet. Planeringen blir fragmenterad och många av de goda biprodukterna som kommer med en budgetering uteblir. (Kullén 2009, s. 30-32)

Organisationer kan välja att använda det fastställda dokumentet mer eller mindre flexibelt under året. En del organisationer väljer att jobba med en mer föränderlig budgetering framom traditionell fast budgetering. Med ett föränderligt grepp om budgetering är revideringar under året vanliga, enligt Kullén (2009, s. 89). Detta tar sig uttryck i godkännande av tillägg eller rättelser kvartalsvis utgående från prognoser och säkrare information för det resterande året. I den reviderade budgeten bibehålls den fasta budgeten i analysyfte medan den reviderade budgeten blir ett komplement för organisationen så att aktörerna kan följa med resursanvändningen mera i realtid.

I de fall som den fasta budgeten helt slopas vid en uppdatering (ett tillägg eller en rättelse) och ersätts med en ny, brukar man tala om flexibel budgetering. Kullén (2009, s. 89) menar att detta kan ha fördelar i verksamheter som snabbt förändras och där uppskattade vinstmål kan vara för låga att uppnå. Möjligheten att öppna upp budgeten under året kan därför också fungera motiverande ända till periodens slut. Även flexibel budgetering har sina nackdelar. Hyvönen och Järvinen (2006, s. 20) har i sin undersökning funnit att kommunerna skapade en artificiell budget (för lågt budgeterad specialistsjukvård) i balans eftersom lagen kräver det och när specialistsjukvårdens kostnader överskred budget, godkände kommunen en tilläggsbudget.

Detta medför, enligt Hyvönen och Järvinen (2006, s. 20), att sjukvårdsdistriktet fäster mindre vikt vid budgeten i planeringen och förlitar sig på att resurser går att få till. Pettersen (1995, s. 218) noterade att retoriken och ritualerna kan skapa dålig atmosfär mellan aktörerna beroende på externa aktörers oförståelse av spelet. Media kan till exempel fortlöpande lyfta upp den dåliga budgetdisciplinen i sjukvårdsdistriktet varje gång som kommunen godkänner en

tilläggsbudget, medan aktörer aktiva i budgeteringen kände till att det kunde ha rört sig om en underbudgetering från kommunens sida.

2.1. Förändringar i finansieringen av specialsjukvården i Finland

Under de senaste decennierna har ett flertal reformer riktats mot styrningen av den offentliga sektorn. Andersson (2014, s. 1) och Lapsley och Oldfield (2001, s. 523) sammanfattar att målsättningen varit att ändra processerna som den offentliga sektorn fungerar enligt, alltså att förändra den offentliga sektorn. De här förändringarna brukar beskrivas och undersökas under begreppet New Public Management (NPM). Hood (1995, s. 96) har listat sju karaktäristiska komponenter som NPM fört med sig till styrningen i den offentliga sektorn: kostnadsmedvetenhet (ständig rationalisering), decentraliserat resultat- eller kostnadsansvar till enheter, interna marknader (till exempel beställar- och utförarmodellen), tillämpning av metoder och modeller från privata sektorn, mer fokus på synligt och tydligt ledarskap samt mera frihet och ansvar för chefer, formella mätbara mål för effektivitet och fokus på kontroll av resultat.

Förändringen i styrningen av samhället har gjort att den offentliga sektorn varit tvungen att utveckla nya former av kontroll, till exempel ramverksdokument, avtal, mål och prestationsindikatorer och standarder för service. (Newman 2001, s. 14) Rhodes (1997, se Newman, 2001, s. 11) menar att förändringarna har lett till att de sätt som ekonomisk aktivitet koordineras på i den offentliga sektorn går utöver de befintliga hierarkierna och marknadens mekanismer.

Ett flertal förändringar av finansieringen och styrningen av specialsjukvården i Finland har även skett under samma tid. Centraliseringsförordningen (582/2017) är den senaste i ordningen och i skrivande stund förbereds en omfattande reform av social- och hälsovården i Finland. Hyvönen och Järvinen (2006) undersöker i sin artikel de följder 1990-talets lagförändringar i specialsjukvårdens finansiering hade för budgeteringen och styrningen av verksamheten. Förändringarna i lagstiftningen på 1990-talet var, enligt Hyvönen och Järvinen, i linje med de stora förändringarna som då skedde inom hälsovården i de flesta europeiska länderna, det vill säga marknadsorienterade reformer då till exempel beställar-utförarmodellen togs i bruk (Hyvönen och Järvinen, 2006, s. 4).

Enligt Hyvönen och Järvinen (2006, s. 7) var målet med en stark central styrning innan lagförändringarna på 1990-talet att säkerställa lika kvalitet och tillgång på specialsjukvård i hela landet. Ur en sammanställning i artikeln baserad på Pekurinen m.fl. (1997, s. 13) beskrivs hur sjukvårdsdistriktens intäkter innan lagförändringarna baserade sig på historiska kostnader som delvis finansierades av staten och delvis av kommunerna, den senare i proportion till den egna användningen). Tilläggsbudgeter och återbetalningar var enligt Hyvönen och Järvinen (2006), norm och trots att kommunen var beställare så kontrollerades verksamheten av staten. Budgeteringen saknade inbyggda incitament för att effektivisera och rationalisera, tvärtom lönade det sig för enheterna att ha höga kostnader om historiska kostnader används som allokeringgrund för den kommande periodens resursering. Forskarna lyfter fram att det i en sådan budgeteringen inte heller fanns några incitament för kommunerna att utvärdera sjukvården. Det här förändrades när kommunerna krävde en decentralisering av specialsjukvården.

1992 flyttades allt finansieringsansvar för specialsjukvården över till kommunerna efter att lagen om statsandelar till kommunerna godkändes. Statsandelarna allokterades direkt till kommunerna som fungerade som beställare av tjänsterna och även ansvarade för kontrollen av dem tillsammans med sjukvårdsdistrikten. Trots det fanns det en svag budgetsefterlevnad i sjukvårdsdistrikten enligt Hyvönen och Järvinen (2006, s. 7) och samtidigt saknades enhetliga priser och servicepaket. Enligt forskarna blev prissättningsmetoderna och servicepaketen fullt utvecklade först efter kommunallagens förnyelse 1995, då även medlemskommunerna och sjukvårdsdistrikten började finansiera servicen baserat på periodiserade kostnader. I och med lagförändringen står kommunerna som ensamt ansvariga beställare av specialsjukvård, men detta till trots är tilläggsbudgeter och återbetalningar vanliga även efter lagförändringen 1995. Pekurinen m.fl. (1997, s. 13) noterar att både kontraktprocessen och transparensen i verksamheten, i teorin, ger kommunen större makt och förhandlingsutrymme eftersom båda parterna förbinder sig till beställningen.

Hyvönen och Järvinen (2006, s. 4) konstaterar i sin artikel att det med tiden som systemen utvecklades och finansieringen började bygga på ett uppskattat behov av service, fanns ett behov av att etablera kontrakt mellan serviceproducenten och beställaren. Sjukvårdsdistrikten gick in för att förfina informations- och kontrollsystemen samt prissättningen genom att skapa priskategorier baserat på diagnosrelaterade grupper, DRG. Det innebär att sjukvårdsdistriktet kunde fakturera medlemskommunerna hela kostnaden för den service som kommuninvånarna använde och täcka alla kostnader med vården de säljer. Kontraktbaserad budgetering där

medlemskommunens beställning i god tid är känd bör även kunna stävja budgetöverskridningarna och behovet av tilläggsbudgeter.

Specialsjukvårdsdistriktens fullmäktige fastställer principer för produktifiering och prissättning. Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikts prissättning grundar sig enligt deras budget för 2018 på olika mellanprestationer (till exempel vårddagar, operationer, laboratorieundersökningar) eller på invånartal (antingen på ett mindre geografiskt område eller i hela distriktet). Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, §76) ålägger sjukvårdsdistrikten att ha en fond för dyr vård. Det innebär att kommunerna betalar en summa per invånare till en fond för utjämning av dyr vård. Då en patients vårdkostnader nått ett visst tak utjämnas de resterande kostnaderna mellan kommunerna i form av ersättning från fonden. Kommunerna faktureras månatligen i förskott för det sammanlagda beloppet av ovanstående, om användningen skiljer sig från det uppskattade kan beloppen justeras. (Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikts budget 2018)

I deras undersökning finner Hyvönen och Järvinen (2006, s. 27) belägg för att den kontraktbaserade budgeteringsprocessen gradvis blivit en institution i sjukvårdsdistriktet och kommunerna men att det delvis gemensamma arbetet med budgeten inte lyckades påverka verkligheten och hur resurserna används. Forskarna noterar att budgetöverskridningar och tilläggsbudgetering fortsättningsvis är förekommande och likaså spår av traditionell budgeteringspraxis (rambudget samt konservativ intäktsbudgetering). Svårigheten att implementera marknadsorienterade reformer inom sjukvården i praktiken, som bland annat Pettersen (1995, s. 220) lyfter upp, visar sig även i deras undersökning.

2.1.1. Kommuners ägarstyrning

Enligt kommunallagen (410/2015, § 46) avser ägarstyrning: *“åtgärder genom vilka kommunen som ägare eller medlem medverkar i förvaltningen och verksamheten i ett bolag eller annan sammanslutning.* Pekola (1992, s. 2) betonar att styrningen i den offentliga sektorn sker inom demokratins ramar. I kontexten av specialsjukvård innebär det här att medlemskommuner formellt styr verksamheten genom samkommunens beslutsfattande organ.

I kommunallagen stipuleras att ett samkommunalt fullmäktige har samma beslutanderätt som ett kommunalt fullmäktige, bland annat fattar det beslut om strategin, förvaltningsstadgan,

budgeten och ekonomiplanen, grunderna för skötseln av tillgångarna, den interna kontrollen, riskhanteringen samt de allmänna grunderna för avgifter för tjänster. Fullmäktiges sammansättning ska svara mot den andel röster olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått inom samkommunens område vid kommunalvalet med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt vallagen. (Kommunallagen 410/2015 § 14, § 58). Figur 3 belyser med ett fiktivt exempel (5 medlemskommuner, 40 representanter i fullmäktige med 100 röster) de demokratiska ramar som styr en samkommuns verksamhet.

Grundavtal; 5 medlemskommuner	Kommun 1	Kommun 2	Kommun 3	Kommun 4	Kommun 5
Ägarandel i samkommun (baserat på t.ex. Invånarantal)	10,00 %	10,00 %	20,00 %	40,00 %	20,00 %
Representation i samkommunens fullmäktige	2 ledamöter	2 ledamöter	4 ledamöter	8 ledamöter	4 ledamöter
Andel röster i samkommunens fullmäktige	10 röster (5/ledamot)	10 röster (5/ledamot)	20 röster (5/ledamot)	40 röster (5/ledamot)	20 röster (5/ledamot)

	Kommun 1	Kommun 2	Kommun 3	Kommun 4	Kommun 5
Valresultat % (kommunalval)					
Parti 1	40	37,5	30	20	72,5
Parti 2	10	50	30	0	10
Parti 3	0	10	0	15	0
Parti 4	30	0	10	10	0
Parti 5	20	2,5	30	55	17,5

Representation i samkommunens fullmäktige, enligt proportionalitet

Partifördelning av representanterna	Parti 1	Parti 2	Parti 3	Parti 4	Parti 5
Parti 1	1		1	2	4
Parti 2		2	2		
Parti 3				1	
Parti 4	1			1	
Parti 5			1	4	
Antal / kommun	2	2	4	8	4
Procent utan partirepresentation från egen kommun	30	50	10	0	27,5

Figur 3: Exempel; 5 medlemskommuner, 40 representanter i fullmäktige med 100 röster enligt grundavtalet.

Newman (2001, s. 11) menar att det har skett och att det kontinuerligt sker ett skifte från det traditionella styrsätten i den offentliga sektorn till ett där nätverk och partnerskap har fått en större betydelse. Bland annat den allt mer komplexa sociala kontexten och mer lättillgänglig information har gjort det allt svårare att styra på ett traditionellt sätt. Montin (2000, s. 8) lyfter fram i diskussionen om styrning i den offentliga sektorn att det handlar om en situation där policyn och riktlinjer verkställs i en kontext av olika nätverk och samarbeten, i stället för på

den traditionella marknaden eller i hierarkier, samt hur detta hanteras ur ett styrningsperspektiv. Fenomenet och teoribildningen bakom detta benämns governace.

Rethemeyer och Hatmaker (2008, s. 618) diskuterar de nätverk som finns inom ledningen och lyfter särskilt fram den offentliga sektorns tjänstemän och deras roll i nätverk. Författarna menar att det vuxit fram nätverk i kontexter där de traditionella, hierarkiska, strukturerna och reglerna inte längre är det första verktyget för styrning. Nätverken är formbara och forskarna finner att ledaren eller ledningen i de här nätverken både kan få rollen som förvaltare av nätverket, men också fungera som en viktig sammankopplare av relationer inom dem. För att ledarna ska ha tillräckligt stor trovärdighet i det egna nätverket är det viktigt att de har funktionella, effektiva och välkända kopplingar till nätverken. De tjänstemän som i praktiken kommer i fråga med detta som utgångspunkt är ledande tjänstemän eller högt uppsatta sektortjänstemän som har berednings- eller föredragansvar i kommunen. Forskarna lyfter fram att nätverken inte enbart behöver vara forum för diskussion utan att de likväl kan vara avgörande för beredningen av ärenden som kan ha ekonomiska konsekvenser.

Sveriges kommuner och landsting (2014) har publicerat en föreskrift gällande arbetsfördelningen mellan politiker och tjänstemän. I föreskriften lyfts vikten av samarbete mellan aktörerna och en fördelning av uppgifter och ansvar ytterom delegationsordningen fram. I föreskriften betonas betydelsen av både politikernas och tjänstemännens perspektiv och kompetens för att styrningen ska vara tydlig. Den politiska styrningen och verksamhetsledningen sker i bästa fall i samverkan. På det sättet lyckas ledningen se helheten och ta ett gemensamt ansvar för de uppgifter de fått sig tilldelade enligt lagen eller åtagit sig att organisera. Betydelsen av politisk styrning med hjälp av vision, målsättningar och deras uppföljning, struktur i styrning och uppdragen, dialog, förtroende och tillit samt en kultur för medskapande och förnyelse betonas för att fördelningen ska vara framgångsrik, menar organisationen. (Sveriges kommuner och landsting, 2014)

Ur Sveriges kommuner och landskaps demokratiredovisning (2005) framkommer att nästan hälften av de tillfrågade förtroendevalda uppfattar att tjänstemän ofta agerar på förtroendevaldas ansvarsområden, att 17% (med stora variationer mellan kommunerna) upplever att tjänstemän inte följer förtroendevaldas beslut och att var sjätte förtroendevald upplever att demokratin ersatts av expertstyre. Statistiken är riktgivande och fungerar bäst som ett underlag för diskussion, men det verkar finnas ett misstroende mot tjänstemännens agerande och deras tendenser att ha en egen agenda. Enligt demokratiredovisningen (Sveriges kommuner

och landskaps demokratiredovisning, 2005) går orsakerna till denna obalans i samspelet delvis att finna i att förtroendevalda på grund av tidsbrist inte hinner bilda sig en uppfattning av komplicerade ärenden. Därtill upplever förtroendevalda att beredningen innehåller få alternativ till beslut vilket gör att politiker ofta är tvungna att godkänna tjänstemannens förslag eller remittera, med den uppenbara risken att det reviderade förslaget inte heller innehåller flera alternativ. Förutom tids- och kunskapsövertag har tjänstemän således möjligheter att välja vad de lyfter fram och vilken information som de presenterar. (Sveriges kommuner och landskaps demokratiredovisning, 2005)

Det artikulerade, uttalade, syftet med lagförändringen 1992 var att stärka kommunernas roll som ägare av sjukvårdsdistriktet och öka deras förhandlingsmöjligheter gentemot sjukvårdsdistrikten. Det bakomliggande syftet var att effektivisera och stävja kostnadsökningen inom sektorn genom att överföra allt finansieringsansvar till kommunerna, menar Hyvönen och Järvinen (2006). Lagförändringen fick inte önskad effekt. Beställarnas, kommunernas, makt över specialsjukvården ökade inte signifikant.

Enligt Hyvönen och Järvinen (2006) var orsakerna till detta den ikraftvarande lagen om specialsjukvård från 1989, avsaknaden av adekvata prissättnings- eller budgeteringsmekanismer i sjukvårdsdistrikt, förändringen i kommunallagen som dels ålägger kommunerna att följa bokföringslagen som andra organisationer samt på lång sikt uppvisa en ekonomi i balans (nollresultat) samt det överutbud av specialsjukvårdstjänster som fanns i kombination med att kommunen inte hade möjlighet att styra i vilken grad tjänsterna används (läkarremisser styr användningen). Covaleski m.fl. (1993, s. 72) illustrerar i sin artikel svårigheten att styra hur mycket verksamheten i sjukvården används på grund av den starka professionalismen i sektorn. Traditionellt bestämmer läkaren ensidigt om patientens tillträde, vården som ges, hur länge patienten får vård och uppföljningen.

Mutigandas (2016, s. 497) resultat gällande politikernas styrning i budgeteringen och de professionellas agerande i ett sjukvårdsdistrikt bekräftar detta. Forskaren hittar belägg för att en tydlig styrning mot sänkta verksamhetskostnader inte uppfylls. Detta visar att den politiskt fastställda budgeten inte påverkar de professionellas möjligheter till att ta beslut på medicinsk grund. Pettersens (1995, s. 215) forskning om frikopplingen mellan budget och verklighet visar liknande resultat, att aktiva agents handlande i interorganisatoriska strukturer kan leda till att budgeteringen får ett ceremoniellt utfall och inte är praktiskt implementeringsbar på grund av organisationens övriga uppbyggnad. Bristen på koordinering mellan sjukhuset och

medlemskommunerna och de som representerar dem, gör att ingen gemensam uppfattning och inget förtroende kan byggas mellan aktörerna (politiker och arbetstagare i sjukvårdsdistriktet). Det här omöjliggör också för aktörerna att komma överens om det bästa sättet att använda sig av de offentliga medlen för sjukvård. (Mutiganda, 2016, s. 497)

Ett samspel mellan politiker och tjänstemän är av yttersta vikt för att styrningen ska vara tydlig i den offentliga sektorn. De perspektiv och den kompetens som tjänstemännen bidrar med i styrningen baserar sig, enligt Sveriges kommuner och landsting (2005), på ett kunskapsövertag och deras starka ställning som professionella i organisationen. Tjänstemännens vanligen höga utbildning och långa erfarenhet gör att de har andra förutsättningar än lekmannapolitiker att detaljstyra genom beredningar och rikta diskussionen åt något håll. De begränsningar som existerar i den kommunala verksamheten (bland andra på grund av myndighetsuppgifterna och annan lagstiftning) är svåra att överblicka för någon som inte hanterar och följer med utvecklingen dagligen.

Det som sker i ett nätverk, som baserar sig på personliga kontakter, är inte på samma sätt som den övriga offentliga förvaltningen transparent och lätt att följa med. Detta är problematiskt ur ett ägarstyrnings- och demokratiperspektiv. Enligt Sallinen (2015, s. 41) som i sin publikation fokuserat på ägarstyrning i företag, främjas en genomskinlig verksamhet av att styrelsen berett och planerat verksamheten och ekonomin öppet och att stora ägares åsikt utretts innan betydande och avgörande beslut tas. Aktuella rapporter hur syftet och målen uppnåtts, ekonomiska ställningen utvecklats och om finansieringens tillräcklighet bör även ges styrelsen och aktieägarna i en genomskinlig verksamhet.

2.2. Teoretiskt ramverk

Burns och Scapens (2000) ramverk om institutionell teori bygger på tanken om institutioner och rutiner samt skapande av dessa. Deras ramverk tar avstamp i old institutional economics - teorin (OIE) som fokuserar på organisationens rutiner och hur de institutionaliseras. Författarna undersöker förändring inom ekonomistyrningen och då särskilt i fråga om förändring i organisationens rutiner. Ekonomistyrningen kan enligt dem både forma och formas av institutionerna som styr verksamheten i en organisation.

Burns och Scapens (2000, s. 5) definierar en institution som *“ett sätt att tänka eller handla i en grupp som är allmänt förekommande och återkommande”*. Ekonomistyrningen kan i en organisation starkt stöda enskilda sätt att handla så att de med tiden uppfattas som de enda möjliga sätten att agera. Burns och Scapens (2000, s. 6) betonar dualiteten i institutionerna, dels påverkar institutionerna de aktörer som är aktiva inom dem eftersom sätten att vara skapas och återskapas i gruppen, men gruppen utvecklar också institutionen med sina handlingar, institutioner är socialt konstruerade.

Burns och Scapens (2000, s. 5) definierar rutinisering som *“processen att forma regler till rutiner varefter den ursprungliga regeln formas om allt eftersom gruppen som verkställer regeln hittar likväl acceptabla sätt att implementera den.”* Skillnaden mellan vanor och rutiner är enligt dem att rutiner är mönster av tankar och handlingar som vanemässigt utförs av en grupp individer. Organisationens rutiner spelar en viktig roll i förhållandet mellan aktörer och institutioner. Reglerna motsvarar sättet som saker borde göras på men rutiner det sätt som de i slutändan görs på. Förändringen kan vara medveten (på grund av motstånd för den nya regeln) eller omedveten (om regeln missförstått eller är opassande på grund av omständigheterna). Det är också möjligt att en del rutiner i en organisation aldrig var regler till en början, men att de blev sådana genom rutiniseringen. Förändringsprocessen illustreras nedan.

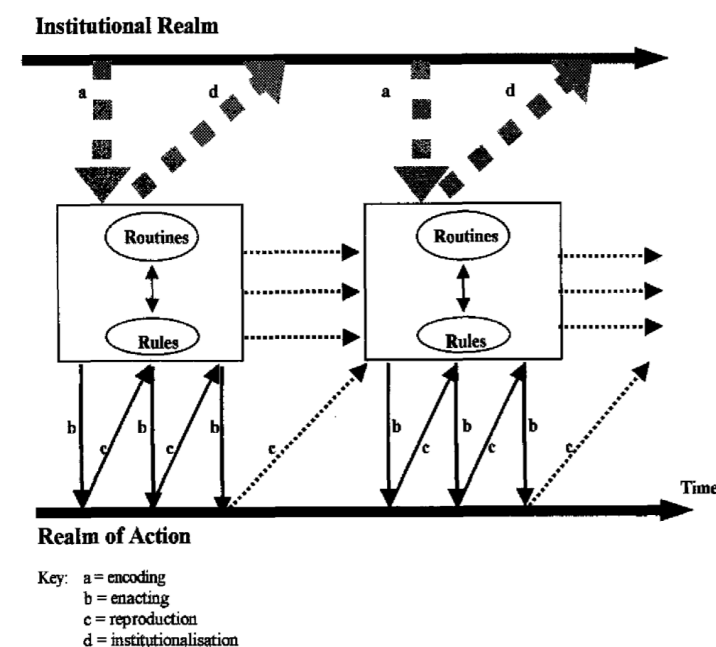


Figure 1. The process of institutionalization.

(Burns och Scapens, 2000, s. 9)

I Burns och Scapens (2000, s. 9) modell representerar process a, encoding, de inneboende institutionella principerna och de vanor som finns i de existerande reglerna och rutinerna.

Processen bygger på sätt att agera och tänka som upplevs som självklara. Process b, enacting, illustrerar när aktörerna agerar i enlighet med rutinerna (och reglerna) som innefattar de institutionella principerna. Beteendet är ofta ett resultat av en observation och anpassning av det egna agerandet till hur de andra individerna i gruppen agerar. Process c, reproducing, sker när beteende repeteras så att rutinen återskapas, antingen medvetet eller omedvetet i smått förändrad form. Särskilt kan medveten förändring ske om gruppen som ett kollektiv hittar resurser till att ifrågasätta och modifiera, medan omedveten förändring kan uppstå om det inte finns kontrollsystem för rutinerna och dess förverkligande (har alla förstått regeln?). Den fjärde processen, d; institutionalisering, är skapandet av en institution. Processen gör att rutiner och regler blir det nya självklara, så som organisationen fungerar. (Burns och Scapens, 2000, s. 9)

Seo och Creed (2002, s. 227) refererar till Zuckers (1991) undersökning som visar att institutionaliserade moment blir en del av ett nätverk och i långa loppet är det svårt att ändra momenten eftersom det får följder för hela nätverket. Organisationen har anpassat sig till institutionen i legitimitetsskapande anda till den grad att förändringar inte längre är möjliga. Motståndet till förändring kan enligt forskarna bero på individers trygghetsbehov (trygghet i det invanda) som en förändring hotar, en ökad kostnad för informationsprocesser, avbrutna rutiner eller ekonomiska beroendekedjor. Om det finns ekonomiska beroenden mellan och i organisationen menar forskarna att de aktiva aktörerna försvarar rådande rutiner gentemot en förändring, även då rutinerna inte är optimala. Seo och Creed (2002, s. 227) sammanfattar med att konstatera att institutionaliseringens kärna (att återskapa och anpassa sig) till trots, så är institutioner troligen både mentalt och ekonomiskt låsta i organisationen.

Burns och Scapens (2000, s. 18-19) menar att en förändring i ekonomistyrningen kan vara både formell och informell. Formell förändring sker när nya regler tas i bruk och/ eller genom en inflytelserik individs eller grupps agerande. De informella förändringarna är mera underförstådda och handlar till exempel om nya rutiner som utvecklas med tiden och leder till ett förändrat verksamhetsklimat. Fördelen med informell förändring är att tänkesätten ändras samtidigt som förändringen sker, en formell förändring leder inte per automatik till nya tänkesätt, vilket kan göra den svår att implementera. Förändring kan också ske när aktörer som är aktiva i processen agerar enligt och återskapar rutiner som med tiden kan bli institutioner. De flesta förändringar i ekonomistyrning innehåller drag av båda, menar Burns och Scapens.

Avhandlingen kommer att analysera hur fördelning av specialistsjukvårdens kostnader mellan medlemskommunerna förhandlas om och förs fram av aktörer involverade i

budgeteringsskedet i ett specialsjukvårdsdistrikt (en särskild organisationskultur). Detta sker genom processer då aktörer agerar enligt och återskapar regler och rutiner (beslutsfattande i specialsjukvården). Institutionen består i avhandlingens kontext av de sätt kostnaderna fördelas mellan medlemskommunerna. Aktörernas agerande i budgeteringsskedet återskapar fenomenen i sektorn (underbudgetering i medlemskommunerna, frikoppling mellan budget och verksamhet, tjänstemäns och professionellas maktövertag samt beslutsfattande ytterom de formella organen) och processen blir till sist en institution i och med att HUS:s fullmäktige godkänner budgeten.

Burns och Scapens (2000, s. 18-20) presenterar i sin artikel motsatsförhållanden baserade på institutionell ekonomiteori som är behjälpliga när man önskar undersöka förändring i ekonomistyrning. De för fram att förändringen kan vara formell / informell, evolutionär / revolutionär eller regressiv/progressiv. Hyvönen och Järvinen (2006, s. 9) har i sin undersökning valt att basera analysen på två motsatsförhållanden; regressiv / progressiv och uttalad / riktig. Jag har valt att utvärdera förändringen i ekonomistyrningen i min fallstudie med hjälp av motsatsförhållanden regressiv / progressiv och evolutionär / revolutionär.

Hyvönen och Järvinen (2006, s. 9) beskriver hur en förändring i ekonomistyrningen kan vara regressiv (ceremoniell) och stärka ett ceremoniellt beteende som bevarar de befintliga maktstrukturerna och diskriminerar mellan personer. En progressiv förändring i ekonomistyrningen stärker och bidrar till problemlösning och förbättrar förhållanden. Rutiner som finns för att bevara en del gruppers maktposition och skydda deras intressen samt ny praxis som tas i bruk för att bevara intressena, är regressiva enligt dem. Regressiva rutiner kan hämma organisationens utveckling och forskarna lyfter fram att en del av ett ceremoniellt beteende även är motstånd mot nya tekniska lösningar. Motsatsen, en progressiv förändring i ekonomistyrningen, kan leda till att ny teknologi tas i bruk eller en diskussion om organisationens värderingar. En progressiv förändring innebär att ett regressivt, ceremoniellt, beteende får ge vika för ett mera bidragande dylikt. Därför menar Hyvönen och Järvinen (2006, s. 10) att det är bra att undersöka om förändringen enbart gynnar en maktfull minoritet eller alla deltagare.

Burns och Scapens (2000, s. 20) karaktäriserar en evolutionär förändring i ekonomistyrningen som en förändring som sker över tid och kan innehålla både element av förändring som gemensamt tagits fram (nya metoder) och systematiska mekanismer (till exempel val av nya effektiva system) samt är trög till sin form (men bidrar med kontinuitet). Motsatsen är

revolutionära förändringar som innehåller radikala förändringar i rutiner och utmanar de befintliga institutionerna. Författarna betonar att sådan förändring troligen bara är möjlig genom extern påtryckning, till exempel en fusion eller dylik.

3. Metodik

Den empiriska studien är utförd i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt och Raseborgs stad. Sjukvårdsdistriktet är det största i Finland och producerar specialistsjukvård åt ett stort geografiskt område. Medlemskommunerna är heterogena i allt från ekonomisk situation och storlek till politisk sammansättning i de beslutsfattande organen. Sjukvårdsdistriktet har funnits i sin nuvarande form sedan 2000. Storleken, organisationens långa tradition som specialistsjukvårdsproducent och diversiteten av aktörer i samkommunens beslutsfattande gör sjukvårdsdistriktet lämpligt för en fallstudie som undersöker förändring i ekonomistyrningspraxis.

Jag har valt att intervjua politiker och tjänstemän aktiva i Raseborgs stad eftersom staden i budgeteringen för år 2015 var en pådrivare för en förändring av fördelning av kostnaderna mellan medlemskommunerna gällande den prehospitla akutsjukvården. Staden är en av de mindre medlemskommunerna i HUS och har endast ca 3 % av rösterna i sjukvårdsdistriktets fullmäktige. I början av år 2014 beslöt HUS gå in för en ny serviceproducent av prehospital akutsjukvård i det sjukvårdsområdet som Raseborgs stad hör till. Beslutet skulle ha fått stora ekonomiska konsekvenser för Raseborg, varför staden i ett utlåtande förde fram en önskan om förändring i fördelningen av kostnaderna för den prehospitla akutsjukvården.

Syftet med avhandlingen är att med stöd av institutionell teori tolka en förändring i ekonomistyrningen gällande kostnadsfördelning för den prehospitla akutsjukvården i ett sjukvårdsdistrikt som beslöts i budgeten 2015.

3.1. Val av forskningsmetod

Undersökningen är en fallstudie som bygger på institutionell teoribildning. Bryman och Bell (2013, s. 391) menar att fallstudier möjliggör en förståelsebetonad standpunkt. Humphrey och Scapens (1996, s. 86) citerar Hopwood från 1987 och menar att fallstudiers syfte är att skapa en bättre förståelse för redovisningspraxis och den roll och funktion redovisningen har i organisationer. Detta inkluderar enligt dem de påtryckningar som redovisningen utövar och som utövas mot redovisningen, de intressen som redovisning betjänar och underminerar samt

att jämföra redovisningens anspråk på potential med det som redovisningen får till stånd i praktiken och dess konsekvenser.

Alla fallstudier är forskarens tolkning på organisatoriska eller sociala verkligheten som undersöks, vilket enligt Humphrey och Scapens (1996, s. 98) leder till att en fallstudie alltid och enbart är en subjektiv presentation av ett visst socialt system som undersöks. Det här innebär att inga resultat kan användas som universella sanningar. Att utföra en induktiv analys där enbart data är den berättande rösten är svårt, eftersom forskarens tidigare kunskap om ämnet redan format analysens uppbyggnad. (Fortelius, 2014, s. 43) Den ofrånkomliga subjektiviteten medför en risk för partiskhet, något som forskarna menar att kan minskas med hjälp av ett öppet sinne, en heterogen forskningsgrupp och genom att ge deltagarna möjlighet att kommentera forskarens tolkning. (Humphrey och Scapens, 1996, s. 98)

Det finns förespråkare för att ta med den bredare sociala och politiska kontexten i studier om redovisning för att stärka förståelsen om relationen mellan redovisning och de övriga faktorerna, bland andra Hopper and Powells (1985) nämns av Humphrey och Scapens (1996, s. 87). Humphrey och Scapens (1996, s. 87) noterar att fallstudier som har som utgångspunkt en social teoribildning oftast inte har lyckats förklara skillnaderna i den dagliga redovisningspraxisen i organisationer, men nog har lyckats bekräfta teorin. Ett större erkännande till att teoribildning innehåller och utvecklas av observation kunde stöda utvecklingen av forskningen, menar de. Det här innebär att man i forskningen har möjlighet utgå från existerande teorier eller tidigare fallstudier. Genom att låta fallet stå i fokus kan undersökningen utgå från och svara på de utmaningar som finns i praktiken, inte enbart teoribildningens utgångspunkter.

Humphrey och Scapens (1996, s. 100) menar att det inte finns några klara regler för när observationer från en fallstudie leder till teoriutveckling. Enligt Lukka och Vinnari (2014, s. 1309) finns det två roller som teorier kan anta, de kan vara domänteoretiska eller metodteoretiska. Lukka och Vinnari menar att det finns en osäkerhet inom redovisningsforskningen kring vad som exakt räknas som teori i ekonomistyrning. Genom att låta rollen teorin spelar i undersökningen vara avgörande för syftet med teorianvändningen, kan otydlig teorianvändning undvikas., enligt Lukka och Vinnari.

Domänteori hänvisar till en förståelse av att det finns en teoretisk ekonomistyrnings domän som kan innehålla ett flertal ämnesbetonade rubriker (budgetering, kostfördelning m.fl.), enligt Lukka och Vinnari (2014, s. 1312). De definierar domänteori som den uppsättning av kunskap

som det finns inom ett ämnesområde. Motsatsparet, metodteori, menar de att hänför sig till koncept och är en form av teoretisk lins, som kan ha sitt ursprung från en annan forskningstradition (till exempel sociologi). Genom att anpassa metodteorin kan man använda vokabulären och satsläran från den och nå det vanligaste syftet med dylika undersökningar, att erbjuda ett alternativt perspektiv. (Lukka och Vinnari, 2014, 1s. 312).

Burns och Scapens (2000) teoretiska ramverk med utgångspunkt i institutionell teori är som tidigare nämnt grunden i analysen av förändring i ekonomistyrningen i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Teoriöversikten ger för handen att det finns en del särdrag att beakta när undersökningar görs i specialsjukvårdsdistrikt och därför kommer jag att vara särskilt uppmärksam på kontexten och kontextualism i undersökningen.

Burns och Scapens (2000, s. 9) menar att institutionell teori särskilt kan stöda forskaren i att kunna förklara en uppkommen förändring i ekonomistyrningen och att fallstudien som form lämpar sig för ändamålet. Liksom Hyvönen och Järvinen (2006) kommer jag att använda ramverket för att analysera fallet och tolka data. Eftersom tidigare forskning visat att det finns drag av kontextualism inom sektorn väljer jag att låta teorin ha en mer domänteoretisk roll i enlighet med Lukka och Vinnaris (2014) uppdelning.

3.2. Forskningsprocessen och upplägg

Fallstudien bygger på tre delar: en dokumentanalys, två längre intervjuer med en controller och en förvaltningsdirektör vid HUS och tio kortare intervjuer med tjänstemän och politiker. I figur 3 illustreras upplägget med hjälp av en anpassad modell av Hyvönen och Järvinens (2006, s. 12) illustration.

Etapp 1	Etapp 2	Etapp 3
Introduktion till HUS och den prehospitla akutsjukvården	HUS:s budgetering och verksamhetsstyrning	Kostnadsfördelning mellan medlemskommunen, processen som skapar en institution
↑	↑	↑
Analys av dokument	Analys av data från intervjuer	

Figur 3. Logiken bakom undersökningens tolkande fallstudie.

Fallstudien inleddes med en preliminär analys av de styrdokument som innehöll information om budgeteringen för verksamhetsår 2015. Enligt (Bryman och Bell 2013, s. 556) kan dokumenten stöda i beskrivningen av historiska händelser och organisationen i sig själv. Den undersökta förändringen i ekonomistyrningen diskuterades och beslöts om år 2014 och gällde från och med 1.1.2015. Därför omfattar dokumentanalysen följande dokument:

- HUS budget år 2015
- HUS bokslut år 2015
- HUS styrelseprotokoll 7.4.2014
- Raseborgs stads utlåtande 14.2.2014.
- HUS budget och verksamhetsplan för år 2018

Eftersom syftet med den inledande analysen var att hitta fenomen att undersöka vidare omfattade analysen även HUS budget och verksamhetsplan för år 2018 med avsikt att få en mer mångfacetterad bild av organisationen och huruvida förändringen blivit permanent, en av grunderna i institutionell teori.

Utgående från den inledande analysen valde jag att fokusera på fördelningen av specialistsjukvårdens kostnader mellan medlemskommunerna och specifikt budgetprocessen som ledde till en förändring i dem. Enligt praxis i specialistsjukvårdsdistrikten baserar sig prissättningen både på volym (antal vårddygn) och per capita, invånare i hela sjukvårdsdistriktet eller ett mindre geografiskt område. Fonden för dyr sjukvård är ytterom medlemskommunernas beslutanderätt, varför den också utesluts i den här undersökningen. (Erroll, personlig kommunikation, 12.1.2018)

En förändring i prissättningen eller i fördelningsgrunden kan enligt Erroll (personlig kommunikation, 12.1.2018) innebära en stor skillnad i beloppet för den enskilda kommunen. De 24 medlemskommunernas budgeter är således starkt beroende av hur fördelningen av kostnader bestäms i HUS fullmäktige. Fördelningen av kostnader följer samma mönster som forskare funnit för över 10 år sedan (Hyvönen och Järvinen, 2006) och liknande fördelningsmodeller går att finna i andra sjukvårdsdistrikt (Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikt). Med det som grund tolkar jag att fördelningen av kostnader har institutionaliserats.

Efter den preliminära analysen har intervjuer genomförts i två etapper. De längre intervjuerna med en controller och en förvaltningsdirektör hade som syfte att ge en detaljerad och noggrann beskrivning av budgeteringen och ekonomistyrningen i organisationen. Frågorna berörde samordning och prioriteringar, årsklocka för budgetering, metoder som används och HUS strategi (Bilaga 1). Litteratur om budgetering och strategisk planering samt HUS budget och verksamhetsplan 2018 fungerade som grund i framtagandet av intervjuguiden. De semistrukturerade intervjuerna tog totalt cirka 1½ timme per intervjuobjekt. Diskussionerna sammanställdes skriftligen och de intervjuade gavs möjligheten att komplettera eller korrigera textens innehåll.

Som sista etapp intervjuades 10 personer med anknytning till HUS och Raseborgs stad i en semistrukturerad form. Intervjuguiden (Bilaga 2) är framtagen efter att etapp ett och två avslutats och frågorna baserar sig dels på teori om ägarstyrning, styrning i den offentliga sektorn och data som framkommit i etapp 1 och 2. Med avsikt att inte påverka de intervjuades svar gällande större helheter i till exempel ägarstyrningen valde jag att endast ställa en öppen fråga om den prehospitala akutsjukvården och hur det kom sig att Raseborgs stads påverkan lyckades. Detta möjliggjorde även för de intervjuade att argumentera emot och mena att staden inte alls lyckades i påverkan. Bland de intervjuade finns en jämn fördelning mellan politiker och tjänstemän både från HUS och Raseborgs stad. Intervjuerna sträckte sig från 15 minuter till en halvtimme varefter diskussionen sammanställdes och de intervjuade gavs möjligheten att komplettera eller korrigera textens innehåll. I resultatdiskussionen kommer jag enbart att hänvisa till tjänsteman eller politiker samt specificera vilken organisation respondenten representerar.

Förteckning över intervjuer

Intervjuad	tid (min)	övrigt
Stadsstyrelseledamot	45	
HUS fullmäktigeledamot	45	
Ledamot i nämnden för Västra Nylands Sjukvårdsområde	30	
Raseborgs stads grundtrygghetsdirektör	15	per telefon och e-post
Förvaltningsdirektör för VNS	120	i flera omgångar
Controller på Raseborgs sjukhus	150	i flera omgångar
Styrelseledamot i HUS styrelse	45	
Projektplanerare för prehospitla akutsjukvården	30	
Stadsdirektör	30	
	30	
Fullmäktigeledamot	30	
Totalt, timmar:	9h 30 min	

Indelningen av processen i tre etapper möjliggör även ett iterativt angreppssätt på processen. Dokumentanalysen inleddes i oktober 2017, de längre intervjuerna med controller och förvaltningsdirektör skedde i januari 2018 och de tio kortare intervjuerna med politiker och tjänstemän under hösten 2018.

3.3. Data-analys

Undersökningen är uppbyggd enligt samma modell som Hyvönen och Järvinen (2000) använder för att analysera förändringen i ekonomistyrning som kontraktsbaserad budgetering medförde i sjukvårdsdistrikten efter lagförändringarna på 1990-talet. De använder sig av en hermeneutiskt orienterad, tolkande logik för att analysera materialet. I figur 2 presenteras en för den här undersökningen anpassad version av deras modell.

Gadamer (2006, s. 45) sammanfattar den klassiska och filosofiska hermeneutiska reflektionen av texter genom att konstatera att texten och tolkaren av den båda har en egen horisont och förståelsen är en fusion av dessa två. Förståelse är enbart möjligt när man tar med de egna förutfattade meningarna som ett sätt att förstå. Tolkarens produktiva bidrag är det oundgängliga

sätt som hen förstår. Detta till trots, betonar Gadamer att det inte handlar om att legitimera personliga eller godtyckliga subjektiva fördomar eller partiskhet, eftersom det är saken (eller i exemplet texten) som är i fokus.

Med ett domänteoretiskt angreppssätt om tidigare litteratur om sjukvårdsdistrikt, budgetering och ägarstyrning i kommunerna ämnar jag analysera data som jag får fram genom dokumentanalys och intervjuer med en tolkande logik. Tolkningarna är förståelsebetonade och min egen förståelse av organisationen och processen är till grund för dataanalysen, på vilken sedan slutsatserna dras.

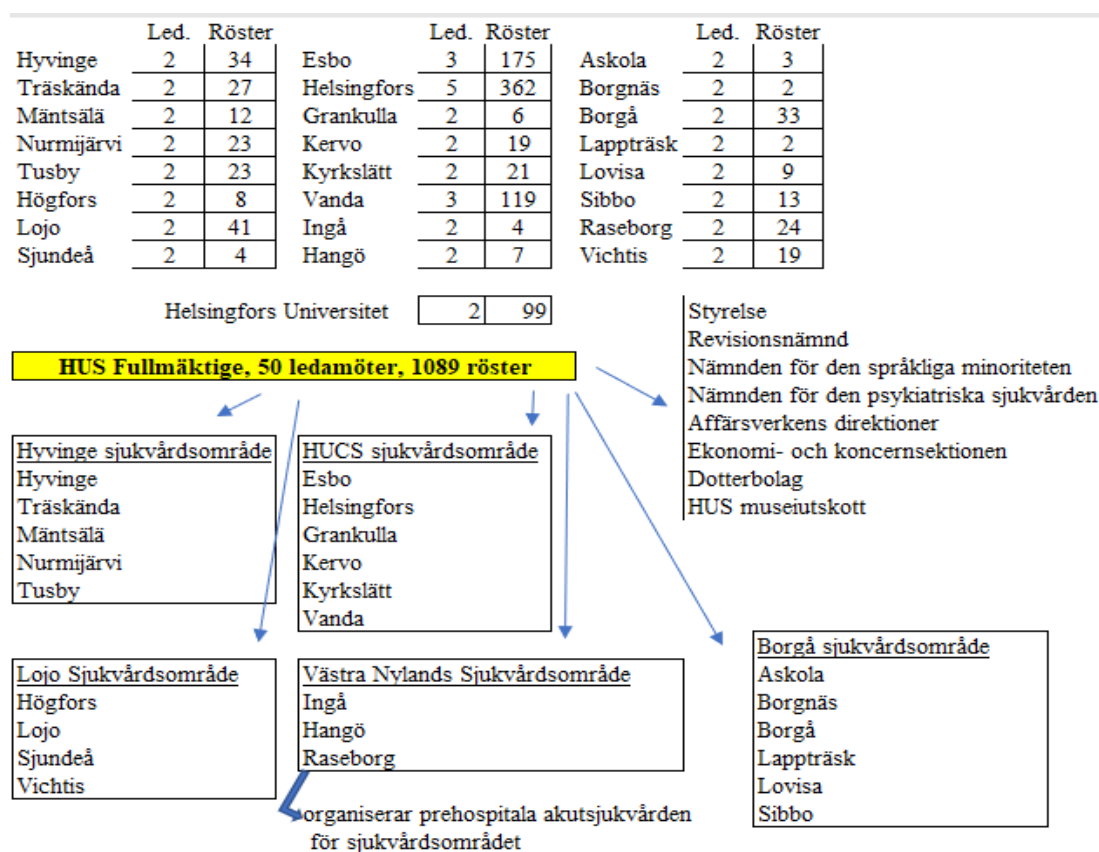
4. Resultat

Kapitlet inleds med en översikt av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts verksamhet och fallstudiens fokus, fördelningen av kostnader för den prehospitla akutsjukvården. Översikten baserar sig på analys av sjukvårdsdistriktets och medlemskommunens dokument. Därefter presenteras resultatet av de två omgångarna av intervjuer under två underrubriker; HUS:s budget och fördelning av kostnader mellan medlemskommunerna samt HUS:s budgeterings- och beslutsprocess.

Samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HUS) är Finlands största sjukvårdsdistrikt med över 1,6 miljoner invånare. Sjukvårdsdistriktet är indelat i fem sjukvårdsområden: HUUS, Västra Nyland (VNS), Lojo, Hyvinge och Borgå. Med sina 21 sjukhus vårdar HUS nästan 600 000 klienter om året. HUS har producerat specialiserade sjukvårdstjänster och tjänster för omsorg för personer med funktionsvariationer åt sina 24 medlemskommuner allt sedan år 2000. De tre största kommunerna (Helsingfors, Esbo och Vanda) har i HUS fullmäktige 656 röster av sammanlagda 1089, det vill säga 60%. De västnyländska kommunernas röstetal i HUS fullmäktige uppgår till 35, drygt 3 % av 1089 röster. (HUS, Budget 2018 och ekonomiplan 2018–2020)

Fullmäktige fastställer budgeten enligt följande bindningsnivå: resultatmål, bindande nettoutgifter, det sammanlagda investeringsbeloppet, nettoförändringen i långfristiga lån och nettoförändringen i utlåningen. När fullmäktige har behandlat styrdokumentet fastställer styrelsen driftsplaner för sjukvårdsområdena och för samkommunens resultatområden. När budgeten och de olika projekten är godkända förs styrdokumentet till sjukvårdsområdenas nämnder som utarbetar en mer detaljerad plan för genomförande. (HUS, Budget 2018 och ekonomiplan 2018–2020)

Figur 4 beskriver HUS:s medlemskommuners ägarandel samt organisation och placerar in organiseringsansvaret för den prehospitla akutsjukvården i organisationen.



Figur 4: HUS:s medlemskommuners ägarandel samt organisation

Diskussionen om hur den prehospitala akutsjukvården ska organiseras i Västra Nylands Sjukvårdsområde, VNS, hade sitt ursprung i en förändring i hälsovårdslagen. Från och med den 1.1.2013 är ansvaret för organiseringen av den prehospitala akutsjukvården på sjukvårdsdistriktet och inte på kommunerna. Under det första året efter förändringen producerades vården av privata företag men den 7.4.2014 beslöt HUS styrelse på förslag av VNS-nämnden att tjänsten ska produceras av Västra Nylands räddningsverk från och med den 1.1.2015.

VNS-nämnden motiverade sitt förslag att låta räddningsverket sköta produktionen med en förbättrad kvalitet (större delen av uttryckningarna har nått målsättningen för uttryckningstider) och möjlighet att koordinera fältchefer. Detta skulle ge en bättre beredskap för storolyckor och högriskpatienter. Räddningsverket har även som en naturlig del av deras verksamhet första insats-uppdrag, och genom att få ansvar över hela den prehospitala akutvården, konkret ambulansverksamheten, kunde synergier fås som gynnar hela vårdkedjan. Därför föreslog VNS att HUS ingår ett avtal med Västra Nylands Räddningsverk om den prehospitala vården 2015-2017 men två optionsår. (HUS styrelseprotokoll, 7.4.2014, §61)

Ur förslaget framkommer att beslutet medför ökade kostnader för kommunerna. År 2014 var kostnaderna för den prehospitla akutsjukvården för kommunerna i VNS-området redan klart dyrare än i Helsingfors, totalt 51 euro per invånare i Raseborgs stad (jämfört med 16 euro per invånare i Helsingfors). Den uppskattade kostnaden för Raseborg för år 2015 i och med förslaget var mellan 83-94 euro per invånare. (HUS styrelseprotokoll, 7.4.2014, §61)

Orsakerna till de stora skillnaderna i kostnaderna inom samma sjukvårdsdistrikt går att finna i principen för faktureringen av akutsjukvården (fastställt i HUS fullmäktige 11.12.2013) och i de långa avstånden (stort geografiskt område) samt kraven på beredskap som innefattar krav på hur snabbt en ambulans ska vara på olycksplatsen. Kraven baserar sig på social- och hälsovårdsministeriets klassificering av riskzoner och HUS styrelses beslut om servicenivå 15.12.2011, som uppdaterades 2014. De kortare avstånden i Helsingfors gör att ambulanser av logistiska skäl inte behöver vara i beredskap på samma sätt för att uppnå kraven på uttryckningstider. HUS fullmäktige beslöt år 2013 att faktureringen ska grunda sig på en områdesspecifik, kapitationsgrundad (antal invånare 2013 och planerade kostnader) debitering som jämnas ut vid årsskiftet då de faktiska kostnaderna för de prehospitla akutsjukvårdstjänsterna finns att tillgå.

Raseborgs stad för fram i sitt utlåtande till HUS styrelse den 14.2.2014 att de ökade kostnaderna i förslaget om förändring av den prehospitla akutsjukvårdens organisering är ohållbara. Staden efterlyser en betalningsmodell per capita inom hela HUS och inte inom sjukvårdsområden gällande den prehospitla akutvården. Den nuvarande modellen gör att områden inom HUS har väldigt olika kostnader för samma vård, även områden som är lika till sin struktur. (Raseborgs stads utlåtande till HUS styrelse, 14.2.2014)

I utlåtandet skrivs också att de transporter som inte är brådskande (i VNS området, en tredjedel), inte bör avtalas om med räddningsverket utan organiseras på ett annat sätt. Staden har i sin egen kostnadskalkyl av förslaget inför HUS styrelsemöte funnit att en mer sannolik totalkostnad för ett sådant förslag är 83-94 €/invånare år 2015 då ledningen av operationerna räknas med. I utlåtandet kalkylerade staden således med en ökning av totalkostnaderna för den prehospitla akutsjukvården från 1,3 miljoner euro år 2013 till 2,5 - 2,7 miljoner euro år 2015. Sammanfattningsvis lyfter Raseborgs stad i sitt utlåtande fram vikten av en hållbar serviceproduktion i kommunerna och en rimlig kostnadsnivå. Staden ifrågasätter förslagets riktighet mot de då rådande kraven på kostnadsnedskärningar i den kommunala sektorn samt huruvida den eftersträlvade kvalitetsökningen i form av större procentuell uppnåelse av

uttryckningstider går att uppnå med förslaget. (Raseborgs stads utlåtande till HUS styrelse, 14.2.2014)

I utlåtandet konstateras att större helheter för att ordna av den prehospitala akutsjukvården bättre skulle svara mot målsättningen att erbjuda bättre beredskap för storolyckor och vård för högriskpatienter. Därtill betonar staden att minst en person i ambulansen ska kunna kommunicera på svenska och finska. Om HUS kan garantera att kostnaderna inte ökar radikalt och att de fördelas likvärdigt i sjukvårdsdistriktet, säger sig staden vara beredd att godkänna förslaget om att flytta produktionen av tjänsterna till räddningsverket. (Raseborgs stads utlåtande till HUS styrelse, 14.2.2014)

Medlemskommunernas utlåtanden om den prehospitala akutsjukvården fanns med i mötesmaterialet när HUS styrelse behandlade frågan den 3.3.2014 och 7.4.2014. Den 3.3.2014 beslöt styrelsen att konkurrensutsätta servicen. Ingå kommun lämnade in ett rättelseyrkande på beslutet vilket gjorde att ärendet bereddes på nytt som §61 till mötet 7.4.2014. I protokollet går att läsa att styrelsen under den ifrågavarande paragrafen har tagit tillbaka beslutet från 3.3.2014 och gått in för att ingå avtal om den prehospitala akutvården i Västra Nylands sjukvårdsområde med Västra Nylands räddningsverk för perioden 1.1.2015–31.12.2017. Beslutet omfattade dessutom 1 + 1 optionsår. Samarbetsavtalet mellan HUS/Västra Nylands sjukvårdsområde och Västra Nylands räddningsverk gällde enligt beslutet endast den prehospitala akutvården. Beslutet innefattar att de icke-brådskande patienttransporterna sköts av medlemskommunerna. Ett av argumenten för att bifalla rättelseyrkandet var att alla kommuner på VNS-området i sina utlåtanden har uttalat ett stöd för att den prehospitala akutsjukvården skulle arrangeras av Västra Nylands räddningsverk. (HUS styrelseprotokoll, 7.4.2014, §61)

I styrdokumentet nämns den prehospitala akutsjukvården i VNS följande gång i HUS budget för år 2015. Där framkommer det att Västra Nylands räddningsverk tar över den prehospitala akutsjukvården vid årsskiftet. I budgeten har det för VNS-områdets kommuners del gjorts ett undantag från faktureringsprincipen av prehospital akutvård och från de egentliga kostnaderna under år 2015 dras 1,5 miljoner av, varefter den resterande summan fördelas enligt fördelningsprincipen. Beslutet har enligt budgettexten tagits av samkommunens ledningsgrupp den 18.11.2014. Ur budgeten framkommer att den uppskattade kostnadsökningen för Raseborgs stads del gällande den prehospitala akutsjukvården är 44,7 %, helt i särklass jämfört med de övriga förändringarna från år 2014 till 2015. Den därpå följande kommunen med en

procentuellt stor förändring är Vanda, vars kostnader ökar med 8,2 %. (HUS budget 2015, s. 141)

Enligt HUS bokslut 2015 blev det förverkligade underskottet för den prehospitla akutvården i Västra Nyland 1 158 692,64 euro. (s 126) HUS beslut att fakturera den prehospitla akutvården enligt andra principer än den övriga specialistsjukvården, gör att den prehospitla akutsjukvården ingår i övriga serviceintäkter. Ur bokslutet framgår att kommunerna i västra Nyland har betalat 57 euro/invånare för den prehospitla akutvården efter att ambulansrabatten dragits av, de faktiska kostnaderna under år 2015 var 90 euro/invånare.

**BS 2015: HNS medlemskommuners kostnader
för den prehospitla akutvården, euro/invånare³⁾**

	BS 2014	BU 2015	BS 2015	Förändr.-% BS 2015/ TA 2015
HUCS svo	14,3	14,6	15,3	5,0 %
Esbo	13,0	13,5	13,1	-2,9 %
Helsingfors	14,0	13,7	15,2	10,7 %
Grankulla	13,0	13,5	13,1	-2,9 %
Kervo	16,8	18,1	18,3	1,4 %
Kyrkslätt	13,1	13,5	13,1	-2,9 %
Vanda	16,8	18,1	18,3	1,4 %
Västra Nylands svo¹⁾	50,0	57,0	56,9	-0,2 %
Hangö	64,0	57,0	56,9	-0,2 %
Ingå	82,0	57,0	56,9	-0,2 %
Raseborg	39,4	57,0	56,9	-0,2 %
Lojo svo	23,5	25,6	27,2	6,6 %
Högfors	23,5	25,6	27,2	6,6 %
Lojo	23,5	25,5	27,2	6,6 %
Sjundeå	23,5	25,6	27,2	6,6 %
Vichtis	23,5	25,6	27,2	6,6 %
Hyvinge svo²⁾	31,9	32,1	32,1	0,0 %
Hyvinge	33,7	33,8	33,8	0,0 %
Träskända	32,2	32,4	32,4	0,0 %
Mäntsälä	32,5	32,9	32,9	0,0 %
Nurmijärvi	30,4	30,6	30,6	0,0 %
Tusby	30,7	31,0	31,0	0,0 %
Borgå svo	38,1	39,9	39,7	-0,4 %
Askola	37,8	39,9	39,7	-0,4 %
Lapträsk	37,8	39,9	39,7	-0,4 %
Lovisa	39,3	39,9	39,7	-0,4 %
Borgnäs	39,3	39,9	39,7	-0,4 %
Borgå	37,8	39,9	39,7	-0,4 %
Sibbo	37,8	39,9	39,7	-0,4 %
Medlemskommunerna t	19,4	20,0	20,6	3,1 %

Figur 5: Kostnader för den prehospitla akutsjukvården i HUS, euro/invånare (HUS bokslut, 2015, bilaga 7)

I HUS bokslut år 2015 konstateras att samkommunen framöver även kommer att utreda hur akutvården bäst kan organiseras och finansieras. (HUS bokslut 2015, s 171) I verksamhetsberättelsen för 2015 ses en eventuell ökning av kostnaderna för den prehospitla akutsjukvården ännu som en utmaning i sjukvårdsområdet eftersom de faktorer som gör den

dyrare än i huvudstadsregionen består; de geografiska skälen och områdets glesa bosättning. I bokslutet konstateras därför att beslutet om en lägre ersättning gäller tills vidare. (HUS bokslut 2015, s 175)

4.1. HUS:s budget och fördelning av kostnader mellan medlemskommunerna

Enligt de intervjuade bygger budgeten på tre faktorer som egentligen inte möts; utgiftsbudgeten, inkomstbudgeten och prissättningen. Utgiftsbudgeten bygger på respektive enhets verksamhet. I budgeten ingår även eventuella förändringsblock som godkänts av koncernledningen. Ett förändringsblock innebär en satsning (ökade kostnader) eller en inbesparing (minskade kostnader) för enheten. Varje förändringsblock är noga motiverat och inkluderar en personalplan och en kostnads- och inkomstkalkyl. Utgiftsbudgeten beaktar produktivetsmålet genom att inkludera en mer eller mindre realistisk rationalisering.

Inkomstbudgeten är främst baserad på betalningsandelarna från kommunerna och dessa beräknas schematiskt centralt inom HUS koncernförvaltning. Betalningsandelarna härleds först på HUS nivå för att långt senare fördelas mellan HUS sjukvårdsområden. Kommunernas betalningsandel är baserad på föregående års bokslut och beaktar bland andra förändrad befolkningsmängd (som påverkar efterfrågan av tjänster), genomsnittlig inflationsnivå, förändringar i verksamheten (bland andra sådan verksamhet som överförs från kommunerna till HUS) samt den utlovade förbättrade produktiviteten (som sänker betalningsandelen). Respektive enhet får i ett sent skede av budgeteringsprocessen vetskap om sin andel av den slutliga betalningsandelen. De intervjuade menar att kravet på budget i balans leder till att enhetens utgiftsbudget i något skede av budgeteringen minskas.

De intervjuade upplever att betalningsandelarnas schematiska uträkningsmodell och kravet från ägarna (d.v.s. medlemskommunerna) på lägre andelar gör att kommunandelsbudgeten årligen är för låg och orealistisk. De kommunvisa betalningsandelarna ligger som grund för HUS förskottsdebitering och garanterar HUS likviditet. Eftersom förskottet baserar sig på en uppskattning justeras förskottet kvartalsvis mot respektive kommuns verkliga användning av specialistsjukvårdens tjänster (prestation per produkt gånger produktens pris).

Kommunandelen är ofta lägre än den verkliga användningen, vilket innebär att det ur kommunens perspektiv ser ut som om specialsjukvården skulle överskrida kommunens budgeterade utgifter för densamma. Många av HUS:s medlemskommuner föredrar att underbudgetera specialsjukvården för att kunna skapa en positiv budget i den egna kommunen och sen lätt kunna förklara ett negativt resultat med oundvikliga kostnader för specialsjukvården (Tjänsteman, HUS)

Kommunernas slutliga kostnader för specialsjukvården klarnar först i bokslutsskedet. HUS har under flera års tid alltid returnerat pengar till kommunerna eftersom HUS uppvisat överskott. Överskottet beror enligt de intervjuade på att prestationsmängden varit klart större än tänkt (kommunerna har använt mera tjänster än planerat) vilket i sin tur lett till ökade intäkter för samkommunen. Trots att HUS utgiftsbudget oftast överskridits har inkomstbudgeten överskridits ännu mer. Det här får enligt de intervjuade följder även för priserna som bygger på den betalningsandel som respektive enhet tilldelats som inkomst. Prisuträkningen är inte baserad på den tänkta utgiftsbudgeten. Den tilldelade betalningsandelen matas in i ett datasystem som sedan räknar ut förslag till produktvisa priser med tidigare års prestationsmängd som grund. Varje enhet kan manuellt korrigera prestationsmängd eller a-pris. Möjligheten att påverka är dock begränsad eftersom koncernledningen också beslutar hur mycket priserna i medeltal får ändra. En ”låg” betalningsandelssumma som grund ger ett felaktigt prestationsantal och också felaktiga priser eftersom den verkliga prestationsmängden överstiger den budgeterade, priset per produkt är för högt.

Det lagstadgade kravet på vård och omsorg gör att utfallet alltid varierar en del. Särskilt i mindre kommuner märks detta genast då till exempel en kommuninvånare vårdats med ett dyrt ingrepp eller om vintern fört med sig en hård influensaepidemi som lett till flera fall av lunginflammation som behövs följas upp på intensivvårdsavdelning. Detta innebär att man inte som i företag kan konstatera att resurserna för lårbensoperationer är använda i november och skjuta på ingreppet till följande år, verksamheten och kostnaderna med den måste fungera ytterom räkenskapsperiodens begränsningar. (Tjänsteman, HUS)

De intervjuade anser att det ytterst komplexa prissättningssystemet omöjliggör en realistisk budgetering eftersom produktprisaletten inte bygger på reella kostnader och eftersom antalet produkter som prissätts är enormt och därför omöjligt att hålla uppdaterade. Orsaken till detta går att finna i utvecklingen av olika IT-system, enligt de intervjuade. Det blev möjligt att ta i bruk ett komplext debiteringsverktyg. Systemet innan var för enkelt, menar de, men samtidigt

har det nu gått åt andra hållet där det finns få möjligheter att veta om priset är det rätta eller inte för tjänsten eller ingreppet. Systemet har blivit för svårt och informationen går inte längre att hantera. En av de intervjuade antar att en kostnadsfördelning där kommunerna skulle betala ett fast pris per capita likväl kunde ge ett liknande budgetutfall och att en sådan modell troligen skulle jämnas ut sig i liknande stil som den nuvarande under en längre tidsperiod. Redan nu prissätts den prehospitäl sjukvården per capita så modellen är sen tidigare bekant för organisationen.

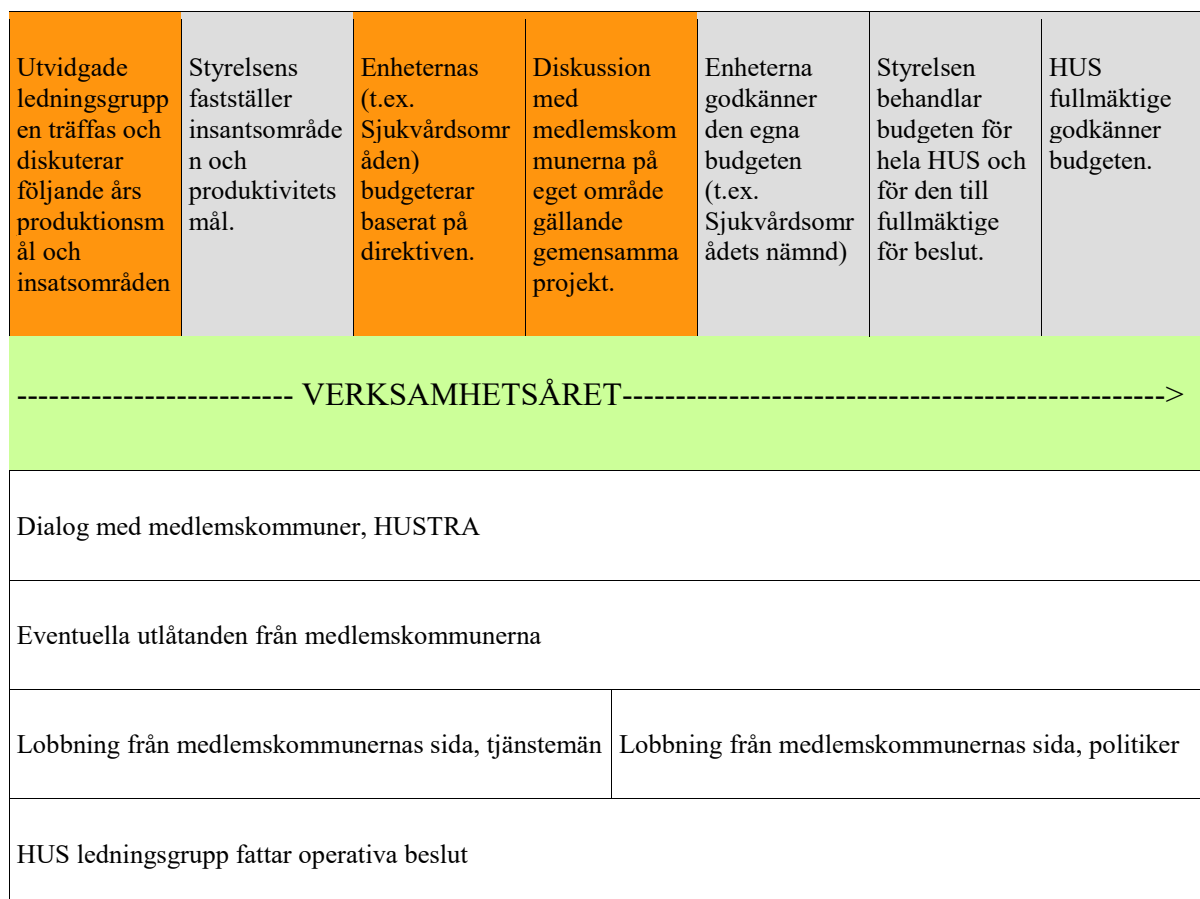
4.2. HUS:s budgeterings- och beslutsprocess

De intervjuade konstaterar att HUS är en toppstyrd organisation med en stark koncernledning. De olika enheterna inom samkommunen inkluderas i planeringen på seminarier där bland annat strategiska målsättningar diskuteras. Koncernledningen slår fast de slutliga riktlinjerna gällande såväl strategiska målsättningar som till exempel spetsprojekt (oftast med beslut i HUS styrelse) och det är koncernledningen som sedan förmedlar dem neråt i organisationen. I praktiken innebär det att de tyngdpunktsområden som framkommer i budgeten specificeras lokalt.

Figur 6 illustrerar budgetuppställningsprocessen så som den presenterats av de intervjuade. De färgade rutorna representerar den formella berednings- och beslutsgången i HUS längs med året, att planeringen inleds under vårvintern till beslut i fullmäktige i december. Orange representerar tjänstemannabetonad rutin och grått representerar en rutin där fokus är på de valda representanterna, politikerna. De avlånga rutorna innehåller information om styrning som kan ske längs med hela processen, men som inte är formbunden till sin natur utan mera ärendespecifik. Processen är uppställd som en tidslinje utgående från de formella beslutsfattande organen. Styrningen som är minde formbunden kan ske kontinuerligt eller beroende av sak. Syftet med styrningen är att påverka antingen beredningen inför det beslutsfattande organet eller beslutsfattarna på det närmast kommande mötet i den formella styrningen.

Det är bättre att diskutera ärenden och hitta en lösning före beslutsfattande möten i stora organisationer som HUS. Alla medlemskommuner bevakar sitt eget och tittar på grannen, om den får något vill man också ha. Det här gör att en del förändringar behöver diskuteras ytterom

de beslutsfattande organen, särskilt sådana som har riktad nytta enbart till en eller få kommuner. (Tjänsteman, Raseborgs stad)



Figur 6: Sammanställning av HUS budgetuppställningsprocess baserat på intervjuer och den formella och informella styrningen under processen.

Till näst presenteras budgetuppställningsprocessen med exemplifiering från fallstudiens fokus, kostnadsfördelningen av den prehospitla akutsjukvården. Budgeteringsprocessen är redan långt hunnen i det skede som medlemskommunerna ges möjlighet att uttala sig om det egna områdets budget och i praktiken är det svårt att göra stora förändringar. Den formella utlåtanderundan och träffarna tjänstemän emellan infinner sig tidsmässigt sent i processen och innefattar enbart en liten del av helhetsbudgeten. Medlemskommunerna kan förstås uttala sig i särskilda frågor under året, likt fallet då HUS styrelse 3.3.2014 fattade beslut om den prehospitla akutsjukvården i Västra Nylands sjukvårdsdistrikt. Alla intervjuade lyfter fram att förslaget och senare beslutet i HUS styrelsen ledde till intensiva diskussioner i de västnyländska medlemskommunerna och ett betydande meningsutbyte mellan kommunerna och VNS nämnden samt HUS styrelsen.

Eftersom partnersamarbeten är relativt liten del av budgeten i en stor koncern finns det inte stora möjligheter till flexibilitet eller att vänta på en kommuns kommentar, kommentarerna blir i det skedet mest till kännedom och något man kan ta i beaktande i verkställigheten.

(Tjänsteman, HUS)

Från de här träffarna tas i mån av möjlighet i beaktande all feedback som kommer. Däremot kan inte orealistiska åsikter beträffande vad staden ska betala för specialistsjukvården beaktas på samma sätt. Dels beror det här på att specialistsjukvården redan nu enbart tar emot med remiss som är utskriven av en professionell inom vården eller sen akut via jouren eller ambulans. (Tjänsteman, HUS)

Den fortlöpande dialogen med samkommunens medlemskommuner uppfattas därför som väldigt viktig. Det finns en stor beredskap inom HUS för att vara lyhörd och lyssna på medlemskommunernas åsikter och behov. Detta syns till exempel i budgeten som en återkommande skrivelse om att kommunernas betalningsandelar inte ska öka och att eventuella ökningar i verksamhetsvolymerna inte per automatik ska leda till ökade verksamhetskostnader vilket i sin tur, på grund av avtalen, leder till ökade verksamhetsintäkter från kommunerna. Samkommunen och dess medlemmar har således kommit överens om att en fortlöpande effektivisering ska ske i samkommunen.

Eftersom Raseborg är VNS största kund (köper mest tjänster) är det i samkommunens intresse att så långt som möjligt vara lyhörd och anpassa sig till de behov kommunen har för att klara av ekonomin, det vill säga hitta billigare lösningar och välja bort sådan verksamhet som går att välja bort och är dyr att producera på Raseborgs sjukhus. (Tjänsteman, HUS)

De intervjuade menar att mycket av den konkreta ägarstyrningen från medlemskommunernas sida sker i HUSTRA (ett ”utomparlamentariskt” organ bestående av ledande tjänstemän från kommunerna och HUS koncernförvaltning). Förutom samarbeten och stora linjedragningar diskuteras även i forumet riktningen för betalningsandelarna. Om ett förslag till förändring inte godkänns i HUSTRA så är det osannolikt att HUS styrelse får ta ställning till detsamma.

Medlemskommunernas möjligheter till påverkan och inflytande på verksamheten är på ett informellt plan stor, men den är inte jämnt fördelad (det är inte fråga om en kommun, en röst. (Tjänsteman, HUS)

En av de intervjuade definierar val av personer som representerar medlemskommunen i HUS beslutsfattande organ som den formaliserade ägarstyrningen. Rapporteringen från dessa personer är däremot ofta obefintlig, enligt den intervjuade, de kontaktas ibland i direkta ärenden men någon bredare styrning förekommer inte. Som exempel lyfter den intervjuade upp att det för Raseborgs stads del ibland har lett till att de två representanterna röstat olika i HUS fullmäktige (har röstat enligt gruppbeslut baserat på parti eller individuell åsikt), vilket i praktiken har neutraliserat hela kommunens röst i sammanhanget då lika många röster stött de olika förslagen.

En annan av de intervjuade är inne på samma spår och konstaterar att den kommunala ägarstyrningen skulle kunna vara betydligt mera aktiv. Om man som politiskt aktiv kontaktar kommunen i olika aktuella ärenden diskuteras de, men förväntningen om en styrning initierad av kommunen möts sällan.

De ledande tjänstemännen skulle vinna på att ha en mer aktiv roll i ägarstyrningen och bör ha ett yrkesmässigt egenintresse av samkommunens verksamhet. Stadens verksamhet skulle som helhet gynnas av ett tätare samarbete med HUS eftersom till exempel stadens bäddavdelnings beläggningsgrad är beroende av de beslut som Raseborgs sjukhus tar gällande vilka avdelningar som är öppna över sommaren. (Politiker, HUS)

Det borde finnas bättre rutiner och system i kommunen för att upprätthålla dialogen, både med tjänstemännen i HUS och de egna representanterna som lätt blir ganska ensamma i sitt arbete. Det verkar som om man alltid reagerar när det redan är dåligt och brinner någonstans och då i någon särskild sak, det borde vara mera kontinuerligt. Det finns koncerndirektiv men det saknas en aktiv dialog. (Politiker, Raseborgs stad)

Kommunens ägarstyrning kommuniceras ibland ner i organisationen i form av feedback från kommunen och styrning från ledningen där man hänvisar till diskussioner med Raseborgs stad. Detta händer oftast när det börjar osa bränt någonstans, då vaknar kommunerna. Ägarstyrningen är mycket sakbetonad, trots att den gärna skulle få vara kontinuerlig. (Tjänsteman, HUS)

HUS:s verksamhet påverkar den kommunala verksamheten och vice versa. Detta får medhåll i en annan intervju där respondenten efterlyser mera fokus på långsiktiga verksamhetsmässiga visioner och strategier som kan ge synergier och inte enbart styrning om sänka kostnader.

En av de intervjuade lyfter fram att omfattningen av delegeringen till tjänstemän utvecklades snabbare och bredare än vad den strategiska ägarstyrningen gjorde i kommunen. De kommunala beslutsfattarna är ovana med ägarstyrning och signalerar inte ännu i tillräcklig grad den önskade riktningen tydligt. I kommunen känns ägarstyrning ännu som ett ganska nytt fenomen och begrepp, processerna har inte ännu lyckats omfamna det till fullo, enligt hen. De övriga intervjuade antyder det samma, det handlar inte enbart om ägarstyrningen mot HUS, kommunernas ägarstyrning uppfattas överlag vara alldeles för vag och svag. De förtroendevalda klarar inte av att agera som beställare, vilket modellen kräver. Detta har, enligt respondenten, lett till att samkommuner kan agera och utveckla sin verksamhet helt fristående från medlemskommunernas visioner och strategier.

En av de intervjuade menar att det effektivaste sättet att påverka HUS:s verksamhet är att kommunens högsta tjänstemän är i direktkontakt med den högsta ledningen i HUS. Utfallet skulle inte bli lika bra om en politiker skulle kontakta samma tjänsteman inom HUS, befarar den intervjuade. Denna erfarenhet bekräftas av en annan respondent som lyfter fram att man som ensam kommunalpolitiker från Raseborg inte alls kan påverka konkret. Respondenten hävdar att det kan vara möjligt att påverka om hen för fram sin åsikt i ett större politiskt sammanhang och där lyckas hitta en grupp som understöder förslaget, men ensam är man närmast en statist. Politikerna har, enligt en av de intervjuade, en viktig roll i att säkerställa ett gott samarbete och med hjälp av goda personliga kontakter till andra politiker och tjänstemän påverka och tillsammans bygga upp strategier och visioner. Det egna engagemanget som politiker är avgörande, enligt den intervjuade.

Förutom att de intervjuade beskriver den allt större delegeringen av ärenden till tjänstemännen och den operativa ledningen, betonas även att tjänstemännens möjligheter att påverka samkommunen är större. Tjänstemännen kan, enligt de intervjuade, agera i de arbetsgrupper som de å tjänstens vägnar deltar i och de har som en del av den dagliga verksamheten mera mera kontakt med kollegerna i samkommunen.

Tjänstemännens roll är att föra dialogen i förväg, före saker händer, föra en proaktiv dialog. Tjänstemännen bör hålla sig ajour med vad som händer eftersom saker redan gått ganska långt när beslutsskedet kommer. I det skedet är det politikernas roll att föra fram stadens tankar. (Politiker, Raseborgs stad)

Det hör till föredragandes uppgifter att sondera och förhandla så att kompromisser kan ingås. Politikerna kan diskutera och komma överens men förslaget kommer ofta från tjänsteman. (Politiker, HUS)

Genom åren har tjänstemännen med hjälp av sina kontakter och diskussioner med samkommunen kunnat påverka en del beslut i en gynnsam riktning för kommunen. HUS är lyhörd och vill veta vad kommunen tycker och vill ha och de förfrågningarna riktar sig oftast till tjänstemännen och inte politikerna. Tjänstemännen har i de fallen en viktig roll i att förmedla den styrning som politikerna har dragit upp. (Politiker, Raseborgs stad)

Det verkar vara mycket fast i personliga relationer och kontakter. Oberoende om man är tjänsteman eller politiker så underlättar det att känna de som är i HUS högsta ledning. I regel så pratar politiker till politiker och tjänstemän talar med tjänstemän. Tjänstemännens påverkningsmöjligheter är betydligt mycket större i en såhär stor organisation eftersom det mesta går enligt beredning i HUS, i förlängningen leder till det att det är mer effektivt att påverka tjänstemännen som föredrar ärendet. (Politiker, Raseborgs stad)

Trots att medlemskommunernas påverkningsmöjligheter på ett teoretiskt plan är stora så upplever inte de intervjuade att Raseborgs stads möjligheter att påverka HUS verksamhet är bra, snarare mycket begränsade eller rent av obefintliga. Orsakerna till detta, som i varierande grad framkommer i alla intervjuer, är; den samkommunala självstyrelsen (HUS fullmäktige är högsta beslutande organ), Raseborgs få andelar baserat på lägre befolkningsantal (totalt röstantal i samkommunsfullmäktige är 1089, Raseborg har 24) och den politiska sammansättningen av fullmäktige baserat på område och inte kommun (de ledande partierna i Raseborg är i opposition eller har marginell betydelse på området). Fördelningen av röstetal gör att huvudstadsregionens tre kommuner kan rösta ner alla förslag som de inte understöder, trots att de övriga 21 kommunerna skulle vara överens.

Man måste vara realist och inse att Raseborgs andel av HUS grundkapital är 3,24 %, en liten ägare. När HUS grundades var det viktigt att i grundstadgan få med största möjliga lokala autonomi. De ursprungliga 25 områdena hade således möjlighet att prissätta inom det egna området och en egen budget. Det här ledde dessvärre till en situation med skillnader i vård på olika områden och oförnuftigt använda resurser och kapacitet, till exempel kö till operation i ett område för operationer som skulle kunna skötas i ett annat. Det blev inte effektivt och gränserna mellan områdena var för skarpa. (Politiker, HUS)

De intervjuade ger samtliga samma förklaring till hur det kommer sig att beslutet gick från att vara, i Raseborgs stads perspektiv, ohållbart till godtagbart: lobbning från högsta tjänstemannen mot den högsta ledningen inom HUS samt en förståelse för beslutets oskäligen utfall för enskilda medlemskommuner i västra Nyland hos HUS ledande tjänstemän.

Stadens tjänstemäns idoga arbete för saken och det sunda förnuftet hos HUS ledning gjorde att förslaget till ambulansrabatt kom med i beredningen av budgeten 2015, om den inte skulle ha varit med i förslaget skulle rabatten inte ha gått igenom enkom på de tre inblandade medlemskommunernas sammanlagda initiativ i HUS fullmäktige. Dialog och diskussion i frågor som är viktiga för den egna kommunen och sträva till förståelse för dem framom omröstningar i de formella beslutsfattandeorganen är klart att föredra. (Politiker, Raseborgs stad)

Det gäller att skapa förståelse för den regionala frågan och det särskilda i just det här ärendet. Särskilt viktigt var det att ambulansrabatten avgjordes redan i styrelsen, fullmäktige har mera rollen som en gummistämpel och sammanträder enbart två gånger per år. (Politiker, HUS)

HUS:s verkställande direktör var beredd att driva frågan och hitta en kompromiss. Han testade ärendet i HUSTRA varefter det kom med i budgetförslaget, på så vis kunde en lösning hittas innan fullmäktiges budgetmöte. På fullmäktigemöten är det sällan som något ändrar från förslaget. Det var en rimlig kompromiss och ett bra exempel på samförstånd mellan den högsta ledningen i kommunen och i HUS. (Tjänsteman, Raseborgs stad)

En av de intervjuade för fram att hen inte anser att Raseborgs stad lyckades påverka i situationen eftersom faktureringen fortsättningsvis är områdesvis trots att det handlar om lagstadgad verksamhet, om upprätthållande av beredskap och man inte kan ortbestämma användarna av tjänsterna. Inom HUS finns ett motstånd mot att förändra faktureringsgrunderna trots att det inom koncernledningen finns en förståelse för att en förändring borde ske, menar den intervjuade. De stora vinnarna på en områdesbaserad per capita är huvudstadsregionens stora kommuner som enligt bokslutet 2018 betalar 17,4 euro per capita för samma tjänster som Raseborgs stad betalar 60 euro per capita för.

Innehållet i beslutet och den prehospitla akutsjukvården följer hälsovårdslagen, förordningen om den prehospitla akutsjukvården samt HUS servicenivåbeslut. Att HUS solidariskt täcker kostnaden som går ytterom den överenskomna kostnaden per capita i västra Nyland (60 euro, utan rabatten 90 euro) kan inte ses som att lyckas. (Tjänsteman, HUS)

En av de intervjuade menar att den innehållsmässigt professionalismen i sektorn är utmaning i styrningen. Därtill tas de flesta besluten inom ramen för vad den operativa ledningen kan fatta beslut om, vilket gör att utrymme för påverkan är litet. Eftersom kommunerna är säkra betalare oberoende av vilka beslut som fattas, så har medlemskommunernas yttranden inte så stort inflytande.

De flesta frågor inom specialistsjukvården är styrda av professionella (till exempel standarder och vårdbehov fastställs av en läkare) och de går inte att påverka. Professionen försvarar professionen. (Tjänsteman, Raseborgs stad)

Det mesta sker inom ramen för vad den operativa ledningen kan besluta om. För att det ens skall finnas ordentliga påverkningsmöjligheter politiskt bör det i HUS fullmäktige och styrelse sitta politiker som har sin utbildning inom området. Det blir en omöjlighet att ifrågasätta vård och medicin annars. (Tjänsteman, Raseborgs stad)

De intervjuade upplever att den främsta drivkraften i koncernledningens styrning är ekonomin; en god produktivitet, en förmånligare specialistsjukvård i jämförelse med övriga distrikt och en beredskap att möta vårdreformen.

5. Diskussion

Kapitlet inleds med en diskussion om kontexten sjukvårdsdistrikt och de särdrag som finns där. Därefter redogörs för resultatet utgående från forskningsfrågan (Vilka processer skapade förhandlingen mellan medlemskommunen och specialsjukvårdsdistriktet gällande implementeringen av kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna för den prehospitla akutsjukvården i HUS:s budget för år 2015?) varefter förändringens natur (evolutionär/revolutionär och regressiv/progressiv) diskuteras utgående från Burns och Scapens (2000). Den kontextuella översikten tar avstamp i budgeteringen i HUS och då särskilt budgetuppställningen.

Lagförändringarna på 1990-talet förde med sig en förskjutning av finansieringsansvaret för specialsjukvården till kommunerna och krav på att kommuner (och samkommuner) på lång sikt ska ha ekonomin i balans och göra nollresultat. (Hyvönen och Järvinen, 2006) Under samma tidsperiod rådde en iver att reformera den offentliga sektorn (NPM) och marknadsorienterade styrverktyg togs i bruk samtidigt som nätverk och partnerskap blev vanliga. De traditionella styrverktygen blev otillräckliga och bland annat införandet av beställare – utförarmodellen och finansiering baserad på periodiserade kostnader gjorde att nya regler, produktifiering och prissättningssystem för hur kostnaderna fördelas mellan medlemskommunerna utvecklades. (Hyvönen och Järvinen, 2006; Newman, 2001 m.fl) Budgeteringen är ett viktigt styrningsverktyg och det skedet där kommunerna kan påverka det kommande årets kostnader för specialsjukvården, bland annat genom att samordna vården och dela upp organiseringsansvaret. (bland andra Raftery m.fl, 1996, Pettersen, 1997)

De av Kullén (2009) listade funktionerna som budgeteringen kan ha i en organisation överensstämmer väl med de intervjuades beskrivningar av budgetering inom HUS. Budgeteringen bidrar med framförhållning eftersom varje resultatenhet och kommun känner till intäkterna och kostnaderna, dialogen mellan kommuner och specialsjukvård möjliggör samordning och dimensionering (beroende på vilka vårdmoment som klassas som specialsjukvård) och en ansvarsfördelning. Däremot hör ansvarstagandet och aktörernas vilja att förbinda sig till budgeten till de svagare funktionerna i budgeteringen. De intervjuade uppger att medlemskommunerna gärna underbudgeterar specialsjukvårdskostnaderna i den egna budgeten och att HUS:s budget sällan håller på grund av diskrepanser mellan prissättning och periodiserade kostnader. Det här går i linje med Pettersens (1997) och Mutigandas (2016)

resultat, där de finner att det finns en frikoppling mellan budget och verklighet (de professionellas användning av resurser). I intervjuerna framkommer det att professionalismen upplevs stor inom HUS. Kullén (2009) betonade att fokus bör vara på den effekt budgeten får. I det undersökta specialsjukvårdsdistriktet verkar det som att budgeteringen skapar en dialog och ger en ram (överenskommen beställning), som aktörer delvis verkar välja att agera ytterom, på grund av lagstiftningens krav om ekonomi i balans och vårdgaranti.

Hornstein och Zhao (2011, s. 1166) lyfter fram att dialog och en bra informationsspridning via både formella och informella kanaler där särskilt risker och begränsningar betonas är viktigt för bra beslut. De intervjuade betonar särskilt de informella kanaler som tjänstemännen kan agera genom och hur personrelationer kan ha skillnad. Den operativa ledningen har ett stort handlingsutrymme och sektorns ärenden är komplicerade, något som enligt Sveriges kommuner och landsting (2005) stärker tjänstemännens makt. En stor del av dialogen inom HUS sker på tjänstemannanivå i nätverk (HUSTRA) eller i diskussioner tjänstemän emellan, menar de intervjuade. De demokratiska ramarna skapar en situation där få saker ändras i HUS fullmäktige, därför upplevs det av de intervjuade att lobbningen bör riktas mot beredningen och högsta ledningen för att ha effekt. De politiskt tillsatta organen tar strategiska beslut på en så pass hög nivå att beslut vars detaljer som kan vara avgörande för en kommun inte ens kan behandlas på den nivån.

Frikopplingen mellan budgeten och verkligheten, de informella kanalerna och personrelationernas starka betydelse verkar leda till att medlemskommunernas styrning i budgeteringsskedet samt via de formellt valda representanterna i HUS fullmäktige snarast är en ritual (bland andra Pettersen, 1995). Ifall en aktör medvetet vill styra verksamheten och förändra ekonomistyrningen i en så komplex och mångfasetterad organisation som HUS, bör det ske långsiktig och i rätt tid, det vill säga före arbetet med budgeten går till enheterna. De intervjuade konstaterade att den toppstyrda processen är långt hunnen när resultatenhetens demokratiska organ behandlar budgeten och att budgetens ramar (produktivitetsmål och prissättning) i det skedet redan är fastställda. Raseborgs stads reella påverkningsmöjligheter i HUS:s fullmäktige upplevs vara små på grund av röstetalet (3 %) och på grund av att proportionaliteten i val till fullmäktige räknas på hela området. Den kommunala ägarstyrningen upplevs även vara alltför sakbetonad och sakna kontinuitet. Det här underlättar inte för stadens representanter i HUS fullmäktige, stöd för deras beslutsfattande och den röda tråden och visionen fattas.

Neelys m.fl (2003) kritiserar budgeteringen för att bland annat vara ett hinder för förändring, byråkratisk, att den motverkar kreativa lösningar, uppmuntrar till spel och dysfunktionellt beteende, stärker gränser och är toppstyrd. I intervjuvaren framgår att beroendeförhållandet mellan medlemskommuner och HUS leder till att det är svårt att förändra ekonomistyrningen, särskilt i en riktning som inte är fördelaktigt för de stora kommunerna. Budgeteringen i HUS uppges vara toppstyrd, byråkratisk och att den bygger på normer och regler med starka, traditionella gränser.

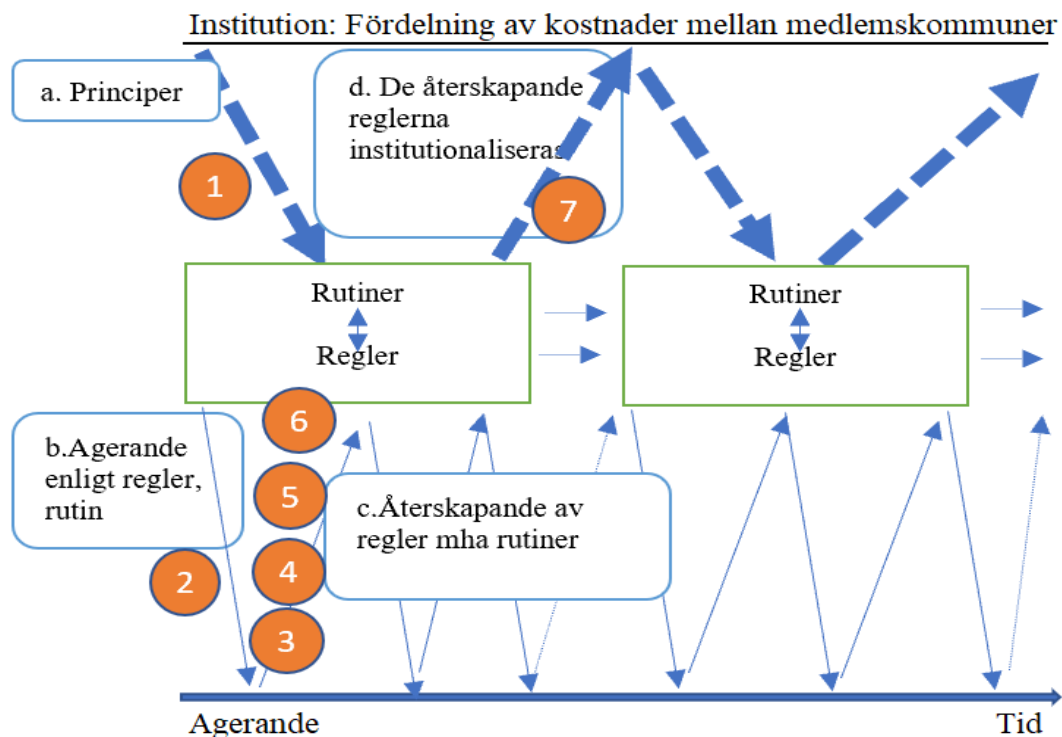
Skapandet och återskapandet av en av normerna, kostnadsfördelning mellan medlemskommunerna, kommer till näst att diskuteras utgående från Burns och Scapens (2000) institutionaliseringsprocess modell.

5.1. Processen bakom institutionaliseringen

Kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna har slagits fast på fullmäktigenivå i HUS i formen av beslut om prissättning och fördelningsgrunder för olika enheters och delar i verksamhetens kostnader. Agerande i enlighet med fastslagna principer är särskilt aktivt i budgeteringsskedet enligt de intervjuade, all planering berörs av intäkterna som man kommer överens om att ska belasta kommunerna inkommande verksamhetsår. Rutinerna som berörs av principerna innefattar både det formella beslutsfattandet och informella nätverk. Särskilt intressant är återskapandet eller förändringen i rutiner.

Fallstudien baserar sig på ett beslut taget i riktig formell ordning inom HUS som ledde till att en kommuns kostnader skulle öka radikalt om aktörerna fortsättningsvis skulle återskapa principerna så som de var innan beslutet. Följden blev ett påverkningsarbete både i formella och informella organ med hjälp av utlåtanden och regelrätt lobbning tjänsteman till tjänsteman.

Utfallet visar att förändringen fick genomslagskraft genom ett initiativ från ledningsgruppen om en subventionering i HUS budget 2015. Subventioneringen belastar hela koncernens resultat med en del av enhetens kostnader och på så vis fås enhetspriset ner för servicen. I figur sju illustreras institutionaliseringsprocessen som går att tolka ur fallstudiens resultat. Till näst kommer processerna att presenteras mera djupgående med hänvisning till siffrorna i figuren.



Figur 7: Institutionaliseringsprocessen, baserat på Burns och Scapens (2000, s. 9)

1. Fastslagna principer

Reglerna och rutinerna gällande kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna har en formell bakgrund. Principerna är fastställda på högsta nivå för att sedan specificeras av koncernledningen för enheterna. Besluten om prissättning, fördelningsgrunder för olika enheters och övrig verksamhets kostnader befästs även i samband med budgetbeslutet för inkommande period. Pekolas (1992, s. 2) konstaterande att styrningen bör ske inom demokratins ramar illustreras av budgetens bindningsnivå i HUS fullmäktige. För att säkerställa styrningen har fullmäktige ett relativt stort inflytande på ekonomistyrningen. Att motsvarande styrningsmöjlighet skulle finnas i den privata sektorns motsvarighet, bolagsstämmor, är svårt att tänka sig.

HUS:s organisations beslut att fastställa relativt detaljerade styrdokument i det högsta beslutsfattande organet som sammankommer två gånger om året, har både för- och nackdelar. En fördel är att verksamheten och ekonomistyrningen är förutsägbar och stabil, det går att budgetera och planera mer långsiktigt när beslut om mekanismerna tas för flera år i taget. En av nackdelarna är myntets andra sida, systemets långsamhet. Om det visar sig att något av besluten om fördelningsgrunderna är olämpligt eller klart missgynnande, är de svåra att ändra och beslutsprocessen är långsam. Burns och Scapens (2000, s. 6) lyfter fram att

ekonomistyrningen i en organisation starkt kan stöda enskilda sätt att handla så att det med tiden blir att uppfattas som det enda möjliga sättet att agera. De snarlika principerna från år till år och mellan sjukvårdsdistrikt verkar tyda på att kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna har blivit dylika sätt att göra.

2. Rutinmässigt agerande

Den andra delprocessen som utgår från kostnadsfördelningsbesluten i budgetuppställningsskedet kan sammanfattas som rutinmässigt agerande. Aktörer agerar i enlighet med reglerna, både i sjukvårdsdistriktet och i samkommunen. I budgeteringsskedet innebär detta att koncernledningen utgår från kostnadsfördelningsbesluten när intäkterna och kostnaderna fastställs det kommande året. Koncernledningens direktiv och beslut förmedlas sedan ner i organisationerna till de olika enheterna. Enheterna budgeterar i enlighet med direktiven från koncernledningen och de av fullmäktige fastställda principerna. Koncernledningens beslut och förslag till intäkter för sjukvårdsdistriktet presenteras även till medlemskommunerna som kostnader och betalningsandelar. Baserat på den informationen och diskussionen budgeterar de ansvariga aktörerna i medlemskommunerna det kommande årets kostnader för specialsjukvården.

Burns och Scapens (2000, s. 6) betonar dualiteten i institutionerna i deras artikel. Dels påverkar institutionerna de aktörer som är aktiva inom dem eftersom sätten att agera skapas och återskapas i gruppen, dels utvecklar också gruppen institutionen med sina handlingar, institutioner är socialt konstruerade. Det här fenomenet går att utläsa ur det rutinmässiga agerandet. Kostnadsfördelningsbesluten tolkas och anpassas av koncernledningen till direktiv för enheterna som i sin tur tolkar och agerar i enlighet med principen så som de går att förverkliga i den egna verksamhetens budget. På det här sättet är utfallet, förslaget till medlemskommunerna för det kommande årets betalningsandelar, redan i sig ett återskapande av ett fullmäktigebeslut.

3. Medlemskommun yttrar krav om förändring

När aktörerna agerar rutinmässigt i enlighet med den andra delprocessen återskapas samtidigt reglerna, som ovan konstaterats. Om en aktör, i det här fallet medlemskommunen Raseborg, vill förändra regeln bör styrningen ske i det här skedet av institutionaliseringsprocessen. Det gäller att vara ute i ett tidigt skede i budgeteringen och argumentera väl, enligt de intervjuade. Ur resultatet går att läsa att det första formella yttrandet om krav på förändring av tidigare

beslut gällande kostnadsfördelningen var Raseborgs stad utlåtande till HUS styrelse, den 14.2.2014.

En genomskinlig verksamhet som öppet planerar och bereder sin verksamhet är en viktig förutsättning för att en kommun ska kunna utöva ägarstyrning i den egna koncernen enligt Sallinen (2015, s. 41). Sallinen lyfter fram att ägares åsikter alltid bör utredas innan beslut som berör dem tas, och i fallstudien har detta skett innan HUS:s styrelses möte som första gången behandlade ärendet 3.3.2014. Efter att VNS-nämnden behandlat ärendet har kommunerna uttalat sig innan HUS styrelse slutgiltigt fattat beslut gällande kommande års verksamhet.

Resultatet visar att det i det här fallet fanns en öppen och genomskinlig planerings- och beredningsprocess i HUS:s organisation till följd av lagförändringen om organiseringsansvaret av prehospita akutsjukvård, vilket möjliggjorde en kommunal ägarstyrning inom demokratins ramar. Demokratins ramar ger utrymme för utlåtanden och rättelseyrkanden till HUS styrelse, som styrelsen sedan kan ta i beaktande när den tar beslut och vid behov föra vidare till behandling i HUS fullmäktige. Enligt kommunallagen (417/2015) har en medlemskommun inte direkta möjligheter att förändra ett sjukvårdsdistrikts ekonomistyrning, styrningen sker via representanter i samkommunens eget beslutsfattande organ eller i form av utlåtanden och rättelseyrkanden.

4. Förändringsmotstånd

HUS styrelse har behandlat ärendet om den prehospita akutsjukvården den 3.3.2014 och 7.4.2014. Som bakgrundsmaterial på båda mötena fanns medlemskommunernas utlåtanden om den prehospita akutsjukvården i Västra Nyland. Ur forskningsmaterialet framgår att styrelsen först beslöt att konkurrensutsätta verksamheten men valde att återta beslutet efter att ett rättelseyrkande inkommit från en av medlemskommunerna. Den 7.4.2014 beslöt HUS styrelse i enlighet med medlemskommunernas utlåtande till en del delar. De valde att inte driva en förändring av kostnadsfördelningen till fullmäktige. De intervjuade beskriver att det finns ett motstånd mot förändring av faktureringsgrunden eftersom det skulle bli klart dyrare för en del av medlemskommunerna än den dåvarande fördelningsgrunden.

I kostnadsfördelningsbesluten finns starka ekonomiska beroenden mellan medlemskommunerna och HUS men också mellan medlemskommunerna, finansieringsansvaret för sjukvårdsdistriktet är gemensamt. Seo och Creeds (2002, s. 227) menar att institutioner som innefattar ekonomiska beroenden är svåra att förändra, det finns ett

inneboende förändringsmotstånd som gör dem låsta. Enligt forskarna upplevs därmed de institutionella principerna som självklara.. I resultatet går det att skönja ett motstånd mot att öppna upp till en diskussion om principerna, det förändringsmotstånd som Seo och Creeds noterat i sin forskning verkar även ha förekommit i den fjärde delprocessen av institutionaliseringen.

5. Personrelaterad lobbning

HUS:s styrelses beslut att inte beakta Raseborgs stads krav på en förändring i ekonomistyrningen gav som resultat delprocess fem, lobbning. Raseborgs tjänstemän och politiker kontaktade den högsta ledningen i HUS och lobbade för förändringen den vägen istället. Medlemskommunen agerade, i det här skedet, inte enligt rutin eftersom den inte accepterade kostnadsökningen som HUS styrelses beslut medförde. Skyldigheten att finansiera verksamheten oberoende av utfall gör ett dylikt agerande mest till ett ställningstagande utan dess större inverkan. Som ensam aktör och minoritetsägare uteblir effekten i HUS om aktören avviker från rutinerna i det här skedet av processen. När HUS fullmäktige fastställer budgeten inklusive kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna skulle kommunen vara skyldig att betala, oberoende av den egna åsikten, enligt direktiven och de intervjuade. Om kommunen väljer att inte följa rutinen och budgetera enligt regeln, beskedet om betalningsandel från HUS, skulle den vara tvungen att justera den egna budgeten med en tilläggsbudget.

Signalen som agerandet sänder kan ändå tillsammans med övrig lobbning vara viktig. Baserat på intervjusvaren där alla betonade påverkan ytterom de demokratiska ramarna, personliga relationer och förståelse från den högsta ledningen i HUS, verkar det som att styrning via informella kanaler kan anses vara en förutsättning för påverkan inom sjukvårdsdistriktet. Rethemeyer och Hatmaker (2008, s. 633) noterar att tjänstemännens forum och personliga kontakter kan vara avgörande för ett besluts utfall.

6. Tjänstemannadrivet förändringsförslag

Sveriges kommuners och landstings demokratiredovisning från 2005 sekunderar Rethemeyer och Hatmaker när de i demokratiredovisningen poängterar tjänstemännens roll och hur den ändrat, tjänstemännens insats i beredningsskedet är inte att förringa för hur de slutgiltiga

besluten blir. Resultatet från analysen visar att tjänstemännen och personliga kontakter hade en avgörande roll för hur ärendet gick vidare efter HUS styrelses ändrade beslut den 7.4.2014. Trots att styrelsen valde att inte föra ett förändringsförslag gällande kostnadsfördelningen till fullmäktige, valde ledningsgruppen att driva frågan om en mer skälig kostnadsökning för Raseborgs stad.

Det tjänstemannadrivna förändringsförslaget, delprocess sex, går att läsa ur förslaget för fullmäktigebehandling av budgeten för år 2015. I budgeten finns infört en subventionering som sänkte enhetspriset för den prehospitála akutsjukvården i Västra Nylands sjukvårdsområde. De åsikter gällande tjänstemännens agerande i frågor och på områden som hör till de förtroendevaldas samt deras ovilja att följa beslut som redogörs för i demokratiredovisningen från 2005, verkar även vara applicerbara på fallet (Sveriges kommuners och landstings demokratiredovisning, 2005). Den högsta ledningen både i sjukvårdsdistriktet och medlemskommunen har sammankommit och jobbat fram en kompromiss som alla representanter i HUS fullmäktige kan omfatta. Tjänstemännens agerande har således haft en stor betydelse för hur förslaget till förändring i ekonomistyrningen utformades under år 2014.

7. Institutionalisering

Kompromissen, det vill säga subventioneringen, institutionaliserades i och med att fullmäktige godkände budgeten för år 2015 och således skapade ett nytt moment, en ny regel, i kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna. I sig har ingen förändring skett i de sedan tidigare överenskomna grunderna, men förändringen i ekonomistyrningen är en tillräcklig kompromiss för att hålla medlemskommunerna nöjda. Fastslagna principer och beslut kvarstår och utfallet bekräftar Seo och Creeds (2002, s. 227) beskrivning av förändringsmotstånd gällande en institution som innehåller ekonomiska beroenden. En mindre förändring i ekonomistyrningen har lett till en förändring i fördelningen som innefattar hela paletten med fördelningsgrunder, men för den prehospitála akutsjukvården kvarstår principerna som fullmäktige fastställt. Eftersom förändringen enbart handlar om att lägga en ytterligare princip till ett redan mångfasetterat regelverk, vilket kan tolkas som att förändringen i ekonomistyrningen ledde till en ännu mer fragmenterad ekonomistyrning.

Institutionaliseringsprocessen har i och med delprocess sju kommit i mål och dualiteten som Burns och Scapens (2000, s. 6) lyfter fram är synliggjord; de aktiva aktörerna har med sitt agerande skapat, återskapat och utvecklat kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna. Det har inte varit fråga om enbart en rutinisering enligt Burns och Scapens definition, eftersom

aktörerna inte kunde komma överens om likväl acceptabla sätt att implementera kostnadsfördelningen utan att förändra grundregeln.

Till näst i texten kommer den uppkomna förändringen i ekonomistyrningen att analyseras med hjälp av Burns och Scapens (2000) motsatspar.

5.2. Evolutionär eller revolutionär förändring

Burns och Scapens (2000) menar att en evolutionär förändring i ekonomistyrningen sker över tid och kan innehålla både element av förändring som gemensamt jobbats fram och systematiska mekanismer. Därtill betonar forskarna att förändringen är trög till sin form men bidrar med kontinuitet. De revolutionära förändringarna är mera plötsliga och radikala till sin natur. Den ovanstående förändringen har snarare formen av en evolutionär förändring.

Den undersökta förändringen i ekonomistyrningen sticker ut på flera sätt. Dels är förfaringssättet inte det vanligaste i kommunala sammanhang, budgetförslaget till fullmäktige brukar alltid vara styrelsens. I det här fallet stod det tydligt att det är ledningsgruppen som föreslår en förändring, processen har inte gått enligt de traditionella demokratiska formerna. Utgående från intervjusvaren är det inte långsökt att tänka att såhär har skett i akt och mening för att inte öppna Pandoras ask och skapa en situation där alla medlemskommuner för fram något som vore viktigt för dem ur ekonomisk synpunkt för att komma en annan medlemskommun till mötes. Tidpunkten för ledningsgruppens förslag, endast några veckor innan HUS:s fullmäktiges budgetmöte, stöder även en sådan tanke. Enligt intervjuerna var det klart för alla inblandade aktörer att en förändring inte skulle ha gått att få till stånd via de demokratiskt tillsatta organen och därför valde ledningsgruppen att komma emot och driva frågan, trots att lösningen skapade ett tillägg till ett redan komplext system av prissättning.

De evolutionära förändringarna är kontinuerliga till sin natur och så var även förändringen i fallstudien. Det är fråga om en systematisk och mekanisk förändring, ett nytt beslut, som fick sin form under ett år. Förändringen skedde inte som en följd av förändring i aktörers agerande enligt rutinerna eller i gemensam anda. Trots detta är förändringen mera evolutionär än revolutionär, i enlighet med Burns och Scapens (2000) definition.

5.3. Progressiv eller regressiv förändring

En central fråga att ställa när man tolkar om det är fråga om en progressiv eller regressiv förändring är om förändringen i ekonomistyrningen har rubbat eller bevarat organisationens processer och maktförhållanden? Aktörerna kan enligt Hyvönen och Järvinen (2006, s. 25) ofta ge rationella förklaringar till sitt agerande när de agerar i enlighet med rutiner och därmed upprätthåller aktörerna dem och gör så att fler aktörer kan kopiera beteendet.

Förändringen i ekonomistyrningen i det aktuella fallet är närmast regressiv till sin form. Förändringen är snarast en ritual eftersom det inte förekommit förändringar i grunden för betalningssandelarna som berör hela HUS och alla kommuner. En kommun fick rabatt, medan ett system per capita på hela området skulle ha höjt kostnaderna åt nästan alla och mest åt de stora kommunerna. Styrningen har anpassat kostnadsfördelningen på ett sätt som passar de medlemskommuner med makt och rubbar inte processerna, trots att de är problematiska. Maktbalansen är som förr.

6. Avslutning

Avhandlingens syfte var att med stöd av institutionell teori tolka en förändring i ekonomistyrningen gällande kostnadsfördelning mellan medlemskommunerna i ett sjukvårdsdistrikt. Med undersökningen ville jag finna svar på vilka processer som föregick institutionaliseringen av förändringen i ekonomistyrningen gällande kostnadsfördelningen mellan medlemskommunerna i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts budget för år 2015.

Kontexten som undersökningen sker inom är säregen. Domänteoretiskt är budgetering och institutionell teori samt dess ramverk utgångspunkt för undersökningen. Budgetering av ett sjukvårdsdistrikt innehåller den offentliga sektorns drag av formaliserad styrning baserat på demokratiska principer samt värderingar och ideal från den offentliga sektorn, till exempel välfärdsskapande målsättningar. Organiseringsansvaret för specialistsjukvården är överförd till sjukvårdsdistriktet, finansieringsansvaret kvarstår hos den lagstadgade samkommunens medlemmar.

Budgeteringen är utmanande i sjukvårdsdistrikt på grund av dess kontext med stark professionalism och tradition av frikoppling mellan budget och verklighet (budgeten har mera en ceremoniell funktion). Bland annat de marknadsorienterade reformerna och det demokratiska ramverket inom sektorn har skapat en komplex prissättnings- och styrmodell där det ekonomiska beroendet mellan medlemskommunerna och HUS och medlemskommunerna emellan är starkt. Specialistsjukvårdsdistriktens intäkter består till stor del av fastslagen kommunal betalningsandel i form av förskottsbetalningar. I medlemskommunerna syns detta som en kostnad. Produktionen av såväl specialistsjukvård och primärsjukvård tävlar således om samma resurser, vilket skapar partiskhet (Hyvönen och Järvinen, 2006, s. 7)

Dialog och samordning är viktigt i en organisation med starka ekonomiska beroendeskedjor. (Kullén, 2009; Hornstein och Zhao, 2011) I resultatet går det att identifiera ett flertal tillfällen för dialog, främst mellan tjänstemän och i informella nätverk, men även i form av formella utlåtanden och diskussioner på enhetsnivå med medlemskommunerna. Kommunens ägarstyrning verkar ske mest på tjänstemännens initiativ i särskilda ärenden, en kontinuerlig på politisk vision baserad styrning saknas. Den slutliga processen som ledde till att förändringen institutionaliserades var ledningsgruppens, tjänstemännens, beredskap att föra ett förslag om subventionering till fullmäktiges budgetbehandling.

Ur undersökningen går att identifiera sju olika processer, varav fem är i utrymme för agerande enligt rutiner enligt Burns och Scapens (2000, s. 9) ramverk. De fastslagna principerna enligt tidigare beslut och själva institutionaliseringen är riktade mot att förändra principen som institutionerna fungerar efter. De övriga; rutinmässigt agerande, förändringsyttrande i medlemskommun, förändringsmotstånd, personrelaterad lobbning och tjänstemannadrivet förändringsförslag är alla processer som utförs av aktörer som agerar i budgeteringen, både i HUS och medlemskommunerna.

Enligt Covalleski m.fl. (1993, s. 66) är institutionalisering en process som är politisk och reflekterar maktförhållanden mellan de organiserade intressena och aktörerna som mobiliserar processen. I fallstudien går att finna belägg för det politiska spelet och spelet om resurser samt att maktförhållandens bibehållande är starkt framträdande. Förändringens evolutionära och regressiva natur stöder även en sådan tolkning. Därtill bekräftar fallstudien tidigare studier i områdets resultat gällande utmaningar i budgeteringen.

Att undersöka en förändring i ekonomistyrningen i ett sjukvårdsdistrikt är en utmaning. Förutom de kontextuella särdragen styrs verksamheten, förutom av ägarna, av strikta krav i lagstiftningen och också av den forskning som ständigt utvecklar verksamheten i snabb takt. Undersökningen har tagit avstamp i budgeteringen eftersom den utgör grunden för all planering och resursfördelning i den offentliga sektorn (Pekola, 1992). Budgeteringen är av yttersta vikt för medlemskommunen i fråga om insyn och påverkningsmöjligheter, i slutändan är det upp till medlemskommunen att stå för största delen av resurserna som sjukvårdsdistriktets budget utgår ifrån.

Fallstudiens upplägg gjorde det möjligt att urskilja de processer som föregick institutionaliseringen och samtidigt gav intervjuerna en fördjupad insikt om processernas innehåll. Många frågor och kommentarer gick tyvärr ytterom undersökningen ramar. Det skulle vara intressant att fortsätta undersöka HUS prissättning utgående från förvaltningsdirektörens kommentar och jämföra kostnadsfördelningen i nuvarande komplicerade system med en enkel per capitauträkning. Skulle detta resultera i ungefär samma betalningsandel för kommunerna? Ur ett effektivitetsperspektiv vore det intressant att veta om all datainsamling och all tid som går åt att följa upp data ger ett mervärde eller om det skulle finnas ett enklare sätt att fördela kostnaderna.

Kostnadsfördelningen i organisationer och hur olika verksamheter finansieras kan stöda skapandet av en effektiv organisation. Med tanke på den planerade reformen inom social- och

hälsovården där organisationerna föreslås bli ännu större, vore det bra att ta ett steg tillbaka och fundera på vilka system som kan uppnå största möjliga effekt för de gemensamma skattemedlen. Verktyg för att säkerställa en fungerande kommunikation med enheter som geografiskt är långt ifrån varandra, skulle vara ett annat intressant fokusområde för forskning.

Professionalismen är stark inom hälsovården och etiskt är det nära på omöjligt att argumentera för lägre kostnader, eftersom det i praktiken antingen betyder sämre vård eller att man inte tar i bruk det senaste utvecklingarna i medicinsk väg. Att göra saker effektivare för samma resurs är möjligt, men i en bransch där utvecklingen går snabbt framåt och ett pristak för verksamheten är svårt att slå fast i samma takt, är kostnadsstävjande en reell utmaning. Framtidens beslutsfattare kommer sannolikt inte att ha lättare än de nuvarande beslutsfattarna att stävja kostnaderna. Att säga vad ett liv är värt och när det inte längre är värt att försöka rädda är inte en börda man kan lägga på en lekmanpolitiker. En undersökning ur de professionellas perspektiv på kostnadsmedvetenhet och användning av resurser i stora organisationer där detaljer fastställs på operativ nivå, skulle kunna bidra till befintlig forskning om budgetens frikoppling från verksamheten.

En utvecklingssträvan och trenden mot en mer centraliserad styrning av hälso- och sjukvården i Finland med hjälp av färre aktörer, leder till frågan om avhandlingens kontext kommer att kännas igen som koncept om några årtionden? Ägarstyrningen får troligen en allt mindre roll om medborgarnas valfrihet stärks och styrningen således flyttar till en aktör som inte alls är inkluderad inom denna avhandlings ramar; användaren. Oberoende av hur de formella och informella institutionerna och styrningsformerna ser ut så kommer diskussionen om makt och vem som egentligen har den att vara ständigt aktuell. Sjukvårdssektorns särdrag bevaras troligen oberoende av organisationsstruktur, finansieringens förändrade format till trots.

Källor

Andersson, Mona (2014): *Välfärdssektorn, en arena för makt och motstånd. Studier av sjukvård och hemtjänst*. Mälardalen University, Västerås.

Drury, Colin (2015): *Management and cost accounting*. Cengage Learning EMEA, Hampshire.

Johanson, Ulf och Skoog, Matti (2015): *Integrerad verksamhetsstyrning*. Studentlitteratur, Lund.

Kullén, Håkan (2009): *Budget och budgetering*. Liber ab, Malmö.

Newman, JE (2001): *Modernizing Governance: New Labour, Policy and Society*. SAGE Publications, London.

Pekola, Marianne (1992): *Kostnadsvariationer i kommunal serviceproduktion. En summerande granskning av studier inom social- och hälsovården*. Åbo Akademi, Åbo.

Vakkuri, Jarmo och Virtanen, Petri (2016): *Julkisen toiminnan tulokesllisuusarviointi*. Tietosanoma Oy, Tallinn.

Artiklar

Burns, John och Scapens, Robert (2000): Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management Accounting Research*, 11 (1), s. 3-25.

Covaleski, M. A., Dirsmith, M.W. och Michelman, Jeffrey E. (1993): An Institutional Theory Perspective on the DRG Framework, Case-Mix Accounting Systems and Health-Care Organizations. *Accounting and Finance Faculty Publications*, 18 (1), s. 65-80.

Gadamer, H-G. (2006): Classical and Philosophical Hermeneutics. *Theory, Culture & Society*, 23 (1), s. 29-56

Hood, C. (1995): The new public management in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organisations and Society*, 20 (2/3). s 93-109.

Hornstein, A.S och Zhao, M. (2011): Corporate capital budgeting decisions and information sharing. *Journal of Economics & Management Strategy*. 20 (4), s. 1135-1170.

Humphrey, C och Scapens, R.W. (1996): Methodological themes: Theories and case studies of organizational accounting practices: limitation or liberation?, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 9 (4), s. 86-106.

Hyvönen, T och Järvinen, J (2006): Contract-Based budgeting in health care: A study of the institutional processes of accounting change. *European Accounting Review*, 15 (1), s. 3-36.

Lapsley, I och Oldfield, R (2001): Transforming the public sector: management consultants as agents of change, *European Accounting Review*, 10 (3), s. 523-543.

Lukka, K och Vinnari, E (2014): Domain theory and method theory in management accounting research, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 27 (8), s.1308-1338.

Montin, S (2000): Between Fragmentation and Coordination: The changing role of local government in Sweden. *Public Management: An international Journal of Research and Theory* 2000, 2 (1), s.1-24.

Mutiganda, J. C. (2016): How do politicians shape and use budgets to govern public sector organizations? A position-practice approach, *Public Money & Management*, 36 (7), s. 491-498.

Neely, A; Bourne, M och Adam, C (2003): Better budgeting or beyond budgeting?, *Measuring Business Excellence*, 7 (3), s. 22-28.

Pekurinen, M. et al. (1997): Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke – suunnitteluvaiheen lopuraportti [Managed care project in Pirkanmaa hospital district – final report of the development phase], *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja*, 2/97.

Pettersen, I (1995): Budgetary control of hospitals -ritual rhetorics and rationalized myths? *Financial Accountability & Management*, 11(3), s. 207-221.

Raftery, J. (1996): Contracting in the NHS quasi-market. *Health Economics*, 5, s. 353–362.

Rethemeyer R.K. och Hatmaker D.M. (2008): Network Management Reconsidered: An Inquiry into Management of Network Structures in Public Sector Service Provision. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2007, 18(4), s.617-646.

Seo, M-G. and Creed, W. E. (2002): Institutional contradictions, praxis, and institutional change: a dialectical perspective, *Academy of Management Review*, 27 (2), s. 248–274.

Övriga

Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikt (2018): *Budget 2018*. URL: <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/talous-ja-toimintaluvut/talousarviot/Documents/Talousarvio-ja-suunnitelma-2018-2020.pdf>. (Läst 19.11.2018)

Finlex (2015): *Kommunallag 410/2015*. URL: <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2015/20150410#Pidp450569840>. (Läst 3.2.2018)

Finlex (2017): *Statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården 582/2017*. URL: <https://www.finlex.fi/sv/laki/smur/2017/20170582>. (Läst 17.11.2018)

Finlex (2010): *Hälso- och sjukvårdslag. 1326/2010*. URL: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>. (Läst 18.11.2018)

Fortelius, Sabina (2014): *Mobilised Resources or Unrecognised Assets? A Case Study of Swedish Citizens' Paths to Employment in Helsinki*. URL: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/228350/Mobilised_resources_or_unrecognised_assets_Fortelius2014.pdf?sequence=2&isAllowed=y. (Läst 26.12.2018)

Sallinen, Sini (2015): *Ledning av kommunens verksamhet samt ägar- och koncernstyrning. Motiveringar till Kommunförbundets rekommendationer*. URL: <http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/johtamisenkonsernisuositusv.pdf>. (Läst 6.2.2018)

Sveriges kommuner och landsting (2014): *Att göra en arbetsfördelning mellan politiker och tjänstemän*. URL: <https://skl.se/download/18.4d4bf15914a4db9dd51707e/1418734506671/skl-arbetsfordelning-mellan-politiker-och-tjansteman-2.pdf>. (Läst 13.9.2017)

Sveriges kommuner och landsting (2005): *Makten och möjligheten i kommunpolitiken- En enkätstudie om förtroendevalda i 17 kommuner. Demokratiredovisning*. URL: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-097-5.pdf?issuusl=ignore>. (Läst 6.2.2018)

Offentliga dokument

Raseborgs stad (14.2.2014): *Utlåtande om organiseringen av den prehospitala akutsjukvården*.

Samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (2015): Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts budget 2015.

Samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (2016): Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts bokslut 2015.

Samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (2018): Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts budget 2018.

Samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (7.4.2014): Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts styrelseprotokoll, §61.

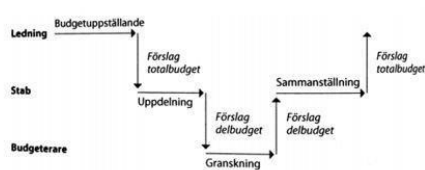
Bilaga 1: Intervjuguide, fördjupad intervju

Samordning och prioriteringar: Årsklocka för budgetering och strategisk planering

- Hur går det till när styrelsen fastställer prioriteringarna och satsningarna för det kommande året? När och hur fastställs insatsområdena och de bindande målen?
- Hur är processen bakom att hitta produktionsmål och genombrottsprojekt? Kommer informationen från ledningen eller enheterna?
- Hur involverade är samkommunens medlemmar i budgeteringsprocessen? Närmast gällande budgeteringen av delbudgeter?

Budgeteringsskedet

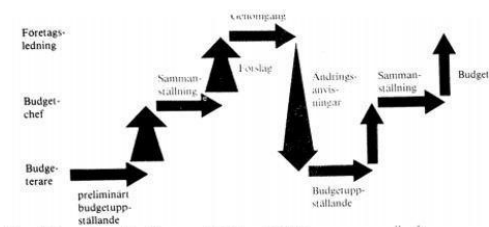
- Vilken metod skulle du säga att närmast motsvarar den ni jobbar efter, till exempel när Västra Nylands sjukvårdsområde budgeteras?



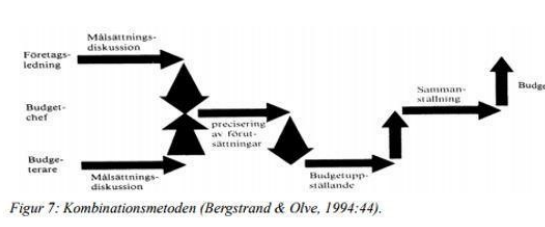
Figur 5: Nedbrytningsmetoden (Greve, 2011:160).



Figur 6: Uppbyggnadsmetoden (Greve, 2011:161).



Figur 8: Iterativmetoden (Bergstrand & Olve, 1994:43).



Figur 7: Kombinationsmetoden (Bergstrand & Olve, 1994:44).

HUS strategi

- Hur kopplas HUS strategi ihop med sjukhusområdenas egna målsättningar? Finns det något styrdokument för strategins implementering ytterom budgeten?
- Hur används till exempel nyckelmålen (budget 2018 s19-20) och insatsområdena ”på fältet”? Hur följs dessa upp?
- Hur hanteras eventuella ekonomiska- eller verksamhetsavvikelser i uppföljningen? I sjukvårdsområdena och på koncernnivå? I vilket skede upptäcks avvikelser och fokuserar ni på faktiska resultat och/eller prognoser?

Bilaga 2: Intervjuguide, kortare intervjuer med politiker och tjänstemän

Inledning med en allmän beskrivning av fallet och de olika skeendena

1. Hur skulle du beskriva Raseborgs stads möjligheter att påverka HUS verksamhet?
2. Hur ser du på politikernas och tjänstemännens roll i påverkningsarbetet?
3. Varför lyckades stadens påverkan i fallet med den prehospitala akutvården?
4. Hur ser du på kommunens ägarstyrning allmänt?
5. Övrigt du vill lyfta fram?